OS BEBÊS E SUAS MÃES

D. W. Winnicott

INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE
BIBLIOTECA MADRE CRISTINA

TRADUÇÃO:
JEFFERSON LUIZ CAMARGO

REVISÃO TÉCNICA:
MARIA HELENA SOUZA PATTO

INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE
BIBLIOTECA MADRE CRISTINA

26 AGO 2003

TOMBO Nº 8011

Martins Fontes
São Paulo 2002

Título original: BABIES AND THEIR MOTHERS.
Copyright © 1987, Ela Winnicott Trust, através de acordo com Mark Paterson
Copyright © 1988, Livraria Martins Fontes Editora Ltda.
São Paulo, para a presente edição.

1ª edição
novembro de 1988
2ª edição
dezembro de 1999
2ª tiragem
abril de 2002

Tradução
JEFFERSON LUIZ CAMARGO

Revisão técnica e tradução da introdução
Maria Helena Souza Patto
Preparação do original
Ingrid Basílio
Revisão gráfica
Coordenação de Maurício Balthazar Leal
Produção gráfica
Geraldo Alves
Composição
Oswaldo Valevski
Antonio Cruz
Arte-final
Mauro Katsumi Matsusaki

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Winnicott, Donald W., 1896-1971.
Os bebês e suas mães / D. W. Winnicott ; tradução Jefferson Luiz Camargo ; revisão técnica Maria Helena Souza Patto. – 2ª ed. – São Paulo : Martins Fontes, 1999. (Psicologia e pedagogia)

Título original: Babies and their mothers.
Bibliografia.
ISBN 85-336-1179-X

1. Bebês – Cuidados e higiene – Aspectos psicológicos 2. Comunicação interpessoal 3. Mães e filhos – Aspectos psicológicos 4. Nascimento – Aspectos psicológicos I. Título. II. Série.

99-4926 CDD-155.6463

Índices para catálogo sistemático:
1. Mães e filhos : Relacionamento : Psicologia 155.6463

Todos os direitos desta edição para a língua portuguesa reservados à
Livraria Martins Fontes Editora Ltda.
Rua Conselheiro Ramalho, 330 340 01325-000 São Paulo SP Brasil
Tel. (11) 3241.3677 Fax (11) 3105.6867
e-mail: info@martinsfontes.com.br http://www.martinsfontes.com.br

ÍNDICE

Introdução VII
Prefácio dos organizadores XI

1. A mãe dedicada comum 1
2. Saber e aprender 13
3. A amamentação como forma de comunicação 19
4. O recém-nascido e sua mãe 29
5. As origens do indivíduo 43
6. O ambiente saudável na infância 51
7. A contribuição da psicanálise à obstetrícia 61
8. A dependência nos cuidados infantis 73
9. A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências 79

Fontes dos capítulos 93
Nota bibliográfica: as obras de D. W. Winnicott 97

INTRODUÇÃO

Peter Tizard
Presidente da British Paediatric Association
Professor de Pediatria da Oxford University

Donald Winnicott foi pediatra antes de se tornar psicanalista e psiquiatra infantil, e continuou a exercer a clínica pediátrica durante a maior parte de sua vida profissional. É um privilégio imenso, embora assustador, ter sido convidado pelos organizadores deste livro a escrever uma introdução, pois o Dr. Winnicott foi, entre os meus antecessores, o pediatra que mais admirei e com quem mais aprendi.

A partir de seus muitos artigos inéditos e de alguns publicados em revistas especializadas, portanto inacessíveis ao leitor comum, os organizadores selecionaram e ordenaram nove capítulos de modo a oferecer um balanço coerente do início da vida de bebês normais e de suas mães — ou mães substitutas —, emocionalmente inseparáveis.

Com exceção do capítulo 7, que é um programa de rádio, os artigos que compõem este livro *não* são endereçados às mães. No capítulo 8, o Dr. Winnicott afirma que a mãe não pode aprender nos livros, com as enfermeiras ou com os médicos, a fazer o que lhe cabe fazer. Realmente, estas fontes de conselhos podem ser mais maléficas do que benéficas. Para o "especialista" em cuidados à criança, ensinar às mães a grande importância do que elas fazem pelos seus bebês significa torná-las autoconscientes — e "a partir daí passam a fazer tudo pior do que faziam". O livro destina-se aos assim chamados conselheiros (o médico, a parteira ou a enfermeira) e a mensagem do Dr. Winnicott a essas pessoas é de que fortaleçam a confiança da mãe em si mesma e em sua capacidade de perceber o seu bebê no decorrer do

processo complexo, mas natural, que parte da total dependência e identificação para com a mãe, e conduz a um estágio que encontra sua melhor definição nas palavras de Tennyson:

> So rounds he to a separate mind
> From whence clear memory may begin
> As through the frame that binds him in
> His isolation grows defined.*

As hipóteses de Winnicott sobre o desenvolvimento emocional inicial do bebê e sua facilitação pela mãe certamente influenciaram a prática pediátrica pelo menos nas últimas três décadas, e continuarão a influenciá-la. Da mesma forma, suas concepções já tiveram um efeito benéfico, nem sempre conscientemente reconhecido, sobre outros profissionais dedicados aos cuidados de recém-nascidos e de bebês, como é o caso de obstetras e parteiras, visitadores sanitários e assistentes sociais, inclusive os especializados em adoção. Este livro deveria consolidar sua influência sobre todos esses grupos profissionais, para os quais o conhecimento do desenvolvimento humano é essencial a uma prática adequada. Talvez a lição mais importante a ser aprendida pelo "especialista" seja não interferir desnecessariamente e aprender com a mãe, ao invés de tentar ensiná-la.

O Dr. Winnicott foi um bom escritor, às vezes muito bom, outras vezes nem tanto, mas foi muito melhor como professor e brilhante como conferencista. Para expressar suas idéias de modo claro e vívido, precisava da proximidade de uma platéia; além disso, tinha a capacidade de mudar de estilo e de conteúdo em função do nível de compreensão e do humor da platéia, fosse ela constituída de uma pessoa ou de centenas delas. É pena que ele não tenha tido um biógrafo amigo que anotasse minuciosamente suas palestras; aliás, é pena que ele não tenha tido uma dúzia deles! O fato de sete dos nove capítulos serem transcrições de conferências e um ser um programa de rádio é um aspecto muito positivo deste livro, que torna sua leitura agradável e mais fácil do que a de alguns de seus artigos escritos.

*Literalmente: Assim ele chega à independência de espírito/Onde pode ter início uma mente esclarecida/Embora na estrutura que o segura/Seu isolamento se defina. (N.T.)

Na conferência "A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê" (capítulo 9), o autor diz: "Poderíamos examinar tanto o patológico quanto o normal, mas, como este último presta-se mais facilmente à observação, é a alternativa que vou escolher." É possível que Winnicott realmente achasse mais simples caracterizar a comunicação satisfatória do que a comunicação insatisfatória entre o bebê e a mãe, embora não seja verdade, enquanto generalização, que é mais fácil descrever a "normalidade" do que a "anormalidade" (o mesmo vale para o binômio felicidade-infelicidade). Winnicott sabia muito bem disso e o tornou parte de seus ensinamentos. No entanto, o fato de estar principalmente voltado não para a doença mental, mas para o conceito mais difícil de *saúde* mental, "não para a rigidez, mas para a flexibilidade na organização das defesas", como ele mesmo afirma, é outro aspecto positivo deste livro, e particularmente do capítulo acima mencionado.

A validade da psicanálise, não só enquanto recurso de aprendizagem mas também como terapia, continua sendo objeto de controvérsia, mas o fato de que o extraordinário conhecimento de Winnicott sobre o desenvolvimento humano inicial tenha origem não só na observação direta de bebês e de suas mães (principalmente em seu ambulatório de pediatria), mas também na psicanálise de adultos, é suficiente para me fazer ver com bons olhos a aplicação que ele faz do seu saber.

Algumas partes do livro contêm uma argumentação intrincada, mas a concentração necessária à compreensão do que Winnicott quer dizer deveria estimular o leitor a pensar por si mesmo e a chegar às suas próprias conclusões. A maioria dos capítulos, no entanto, é de leitura fácil e agradável. Observações interessantes e passagens espirituosas aparecem com freqüência. Minha passagem favorita diz o seguinte: "Grande parte da vida de vigília do bebê inicialmente está voltada para a alimentação. De certa forma, o bebê está acumulando material para o sonho..." Que bela frase! E ainda assim Donald Winnicott era um mestre na arte de provocar riso apelando para uma espécie de "humor negro". É difícil acreditar que nesta conferência, após uma pausa cuidadosamente dosada, ele não tenha feito o seguinte aparte: "contanto que exista alimento".

Apesar da advertência do Dr. Winnicott, este livro poderia muito bem ser lido pelas mães, com proveito e prazer, embora somente *depois* que tivessem criado seus filhos, "maternizando-os bem", como a maioria das mães o faz. Quanto aos demais leitores possíveis, eu diria que é contraproducente recomendar enfaticamente qualquer livro, por maior que seja seu valor, ou tornar sua leitura obrigatória; o máximo que posso desejar e esperar é que *Os Bebês e suas Mães*, de Donald Winnicott, chegue rapidamente até professores e alunos das várias profissões que têm, entre suas incumbências, o desempenho de um papel consultivo na criação de crianças pequenas. Sua leitura atenta aumentará a consciência e aprofundará a compreensão a respeito do desenvolvimento inicial do ser humano e do possível impacto — benéfico ou prejudicial — da atuação profissional.

Peter Tizard
janeiro de 1986

PREFÁCIO DOS ORGANIZADORES

Nos anos que se seguiram à morte de Donald Winnicott, em 1971, decidiu-se que os seus artigos inéditos, juntamente com os que só haviam aparecido em revistas e antologias, seriam publicados em coletâneas.

Os textos reunidos neste livro tratam especificamente dos processos psicológicos que ocorrem com o bebê por ocasião de seu nascimento e logo após o mesmo, quando "na mente rudimentar do bebê ainda não foi estabelecida uma distinção entre ele e a mãe", e examinam as implicações que daí decorrem para aqueles que cuidam dos recém-nascidos e suas mães.

Esperamos que, em especial, os profissionais da área possam ver neste livro uma fonte valiosa de informações e prazer, e que ele alcance uma nova geração de leitores que possam utilizar a capacidade que Winnicott tem de ver o eterno naquilo que é efêmero.

Ray Sheperd
Madeleine Davis
Londres, 1986

1. A MÃE DEDICADA COMUM

Como dizer algo de novo sobre um assunto já por tantas vezes abordado? Meu nome ficou muito ligado a estas palavras, e talvez eu deva, inicialmente, dar algumas explicações.

No verão de 1949, eu e Isa Benzie, produtora da B.B.C., caminhávamos em busca de um lugar onde pudéssemos beber algo; Isa, que atualmente está aposentada, é uma pessoa cujo nome me agrada recordar, e enquanto andávamos ela colocou à minha disposição a possibilidade de fazer uma série de nove palestras, sobre quaisquer temas que eu escolhesse. Ela estava, naturalmente, em busca de um bom título, mas eu não sabia disso. Disse-lhe que não tinha o menor interesse em tentar dizer às pessoas o que elas deveriam fazer. Para começar, eu também não sabia. No entanto, eu gostaria de me dirigir às mães e falar-lhes sobre a coisa que elas fazem bem, e que assim o fazem simplesmente porque toda mãe dedica-se à tarefa que tem pela frente, isto é, cuidar de um bebê, ou talvez de gêmeos. Eu disse que normalmente é isso o que acontece, e que constitui uma exceção o fato de um bebê ser cuidado, desde o início, por um especialista. Antes que caminhássemos vinte metros, Isa Benzie percebeu a dica, e disse: "Fantástico! A mãe dedicada comum." E assim foi.

Como vocês podem imaginar, esta frase deu origem a comentários sarcásticos, e há muitas pessoas que acham que sou

---

Obs.: As informações sobre as fontes, publicações anteriores ou público original, referentes a cada capítulo, encontram-se na p. 93. (N. Orgs.)

sentimental quanto às mães, que as idealizo e deixo de lado os pais, e que sou incapaz de perceber que algumas mães são horríveis, quando não de todo inviáveis. Tenho de conviver com estes pequenos inconvenientes, pois não me envergonho daquilo que está implícito naquelas palavras.

Há outro tipo de crítica, proveniente daqueles que já me ouviram afirmar que o fracasso das mães a nível da mãe dedicada comum é um dos fatores na etiologia do autismo. As pessoas sentem que é uma acusação, quando na verdade só se está avançando com lógica e fazendo referência aos efeitos do fracasso da mãe dedicada comum. Mas não será natural que, se esta coisa chamada dedicação for realmente importante, a sua ausência ou uma falha nesta área tenham conseqüências desfavoráveis? Voltarei ao tema quando discutir o que se entende pela palavra *culpa*.

Vejo que não posso deixar de dizer o óbvio. Faço uma observação banal quando digo que com a palavra *dedicada* quero simplesmente dizer *dedicada*. Suponhamos que vocês estejam encarregados de providenciar as flores para o altar de sua igreja, no final de cada semana. Caso assumam a responsabilidade, não se esquecerão de cumpri-la. Às sextas-feiras vocês certamente estarão tomando todas as providências para que as flores lá estejam para serem arrumadas; se vocês ficarem gripados, começarão a telefonar ou mandarão um recado para alguém através do leiteiro, mesmo que não lhes agrade a idéia de o trabalho ser feito por outras pessoas. Quando a congregação se reunir no domingo, jamais irá se deparar com um altar vazio ou com flores mortas em vasos sujos enfeiando o altar, em vez de enfeitá-lo. Ao mesmo tempo, porém, não se pode afirmar, espero, que vocês vão ficar perturbados ou preocupados de segunda a quinta. O assunto está simplesmente adormecido no fundo de suas mentes, e ao tornar-se ativo, na sexta-feira ou talvez no sábado, faz com que vocês também se lembrem da responsabilidade assumida.

Da mesma forma, as mulheres não ficam o tempo todo agitadas, pensando que deveriam estar tomando conta de um bebê. Jogam tênis, têm um trabalho que as absorve inteiramente, e fazem, com bastante naturalidade, todo tipo de coisas masculinas, como por exemplo serem irresponsáveis, darem tudo como certo e sem necessidade de questionamentos, ou participarem de corridas de carros. Em relação ao caso das flores para o altar, isso equivale ao período de segunda a sexta.

Então, um dia, descobrem que se tornaram anfitriãs de um novo ser humano que decidiu alojar-se nelas e, da mesma forma que Robert Morley na obra *The Man who Came to Dinner*, fazer um número sempre maior de exigências até algum dia, num futuro muito distante, quando novamente haverá paz e tranqüilidade, e elas, estas mulheres, poderão voltar a exercer uma forma mais direta de auto-expressão. Durante este período prolongado de sexta-sábado-domingo, estiveram atravessando uma fase de auto-expressão através da identificação com algo que, se a sorte ajudar, se transformará em um bebê que irá se tornar autônomo, mordendo a mão que o alimentou.

Acontece que existe este período muito útil de nove meses, ao longo do qual há tempo suficiente para que ocorra uma transformação importante na mulher, que pode então passar de um tipo de egoísmo para outro. O mesmo se observa com relação aos pais, e assim também é com as pessoas que decidem adotar um bebê, que se vêem às voltas com a idéia da adoção, ficam excitadas e atingem um ponto em que é preciso que o bebê se materialize — infelizmente, para quem o adota, há nesta altura um desapontamento, pois, quando o bebê é encontrado, não tem mais a certeza de que o queria.

Quero enfatizar a importância deste período de preparação. Quando eu estudava medicina, tive um amigo poeta. Como muitos de nós, era uma das pessoas que dividiam alguns aposentos muito bons na parte mais pobre de North Kensington. Vou contar, a seguir, como conseguimos os tais alojamentos.

Meu amigo, o poeta, que era muito alto e preguiçoso, e estava sempre fumando, caminhava por uma ladeira quando viu uma casa que lhe pareceu muito agradável. Tocou a campainha. Uma mulher veio até a porta, e ele gostou da expressão de seu rosto. Então, disse: "Gostaria de alugar um quarto aqui", ao que a mulher respondeu que tinha uma vaga, perguntando-lhe quando viria. Ele disse: "Já vim." Assim, ele entrou e, quando a mulher mostrou-lhe o quarto, disse: "Acontece que estou doente, e preciso ir imediatamente para a cama. A que horas o chá será

servido?" Meu amigo foi para a cama, de onde não saiu por seis meses. Em poucos dias, todos nós estávamos muito bem instalados, mas o poeta continuou sendo o favorito da proprietária.

A natureza, no entanto, decretou que os bebês não possam escolher suas mães. Eles simplesmente aparecem, e as mães têm o tempo necessário para se reorientar e para descobrir que, durante alguns meses, seu oriente não estará localizado a leste, mas sim no centro (ou será que um pouco fora do centro?).

Sugiro, como vocês sabem, e suponho que todos concordem, que *comumente* a mãe entra numa fase, uma fase da qual ela *comumente* se recupera nas semanas e meses que se seguem ao nascimento do bebê, e na qual, em grande parte, ela é o bebê, e o bebê é ela. E não há nada de místico nisso. Afinal de contas, ela também já foi um bebê, e traz com ela as lembranças de tê-lo sido; tem, igualmente, recordações de que alguém cuidou dela, e estas lembranças tanto podem ajudá-la quanto atrapalhá-la em sua própria experiência como mãe.

Penso que quando o bebê já está pronto para nascer, a mãe, se adequadamente assistida por seu companheiro, pela Previdência Social ou por ambos, está preparada para uma experiência na qual ela sabe, muitíssimo bem, quais são as necessidades do bebê. Vocês naturalmente entenderão que não estou apenas me referindo ao fato de ela ser capaz de saber se o bebê está ou não com fome, e todo este tipo de coisas; refiro-me às inúmeras coisas sutis, coisas que somente meu amigo poeta seria capaz de expressar adequadamente em palavras. De minha parte, dou-me por satisfeito em usar o verbo *segurar*, e ampliar o seu significado para que possa abranger tudo aquilo que, nesta ocasião, uma mãe é e faz. Creio que se trata de um período crítico, mas mal me atrevo a dizer tal coisa, pois seria uma pena fazer com que uma mulher se sentisse constrangida exatamente neste ponto em que ela está e age *naturalmente*. É neste ponto que ela não pode aprender nada nos livros. Ela nem mesmo pode recorrer ao Dr. Spock*, neste momento em que sente se o bebê precisa ser tomado nos braços ou colocado sobre uma superfície qualquer, ser deixado a sós ou mudado de posição, ou em que sabe que o essencial constitui a mais simples de todas as experiências, a que se baseia no contato sem atividade e que cria as condições necessárias para que se manifeste o sentimento de unidade entre duas pessoas, que de fato são duas, e não apenas uma. Estas coisas dão ao bebê a oportunidade de ser, a partir da qual podem surgir as coisas seguintes, que têm a ver com a ação, o fazer e o deixar que façam por ele. Aqui estão os fundamentos daquilo que, gradualmente, se torna para o bebê uma existência fundamentada na autopercepção.

* Benjamin M. Spock, mundialmente conhecido como Dr. Spock; pediatra e pacifista norte-americano, cuja obra mais famosa, *(Common Sense Book of) Baby and Child Care*, prega uma atitude mais liberal por parte dos pais. (N. T.)

Tudo isso é muito sutil, mas, ao longo de muitas repetições, ajuda a assentar os fundamentos da capacidade que o bebê tem de sentir-se real. Com esta capacidade, o bebê pode enfrentar o mundo ou (eu diria) pode continuar a desenvolver os processos de maturação que ele ou ela herdaram.

Quando existem estas condições, como em geral acontece, o bebê pode desenvolver a capacidade de ter sentimentos que, de alguma forma, correspondem aos sentimentos da mãe que se identifica com o seu bebê; ou, talvez eu devesse dizer, da mãe que está profundamente envolvida com seu bebê e com os cuidados que lhe dedica. Aos três ou quatro meses de idade, o bebê pode ser capaz de mostrar que sabe o que caracteriza uma mãe, isto é, uma mãe em estado de dedicação a algo que, na verdade, não é ela própria.

É preciso lembrar que tudo aquilo que aparece numa idade ainda muito precoce necessita de muito tempo para estabelecer-se como um mecanismo mais ou menos estável nos processos mentais da criança. Como é de esperar, aquilo que esteve presente pode na verdade perder-se. Mas, aqui, estou mais interessado no fato de que o mais complexo só pode manifestar-se a partir do mais simples, e em termos de saúde a complexidade da mente e da personalidade desenvolve-se gradualmente e através de um crescimento constante, que vai sempre do simples para o complexo.

Com o tempo, o bebê começa a precisar da mãe para ser malsucedido em sua adaptação — e esta falha também é um processo gradual que não pode ser aprendido nos livros. Para uma

criança, seria muito aborrecido continuar vivenciando uma situação de onipotência quando ela já dispõe dos mecanismos que lhe permitem conviver com as frustrações e as dificuldades de seu meio ambiente. Viver um sentimento de raiva, que não se transforma em desespero, pode trazer muita satisfação.

Qualquer dos pais aqui presentes saberá o que quero dizer quando afirmo que, por mais que vocês tenham submetido o seu bebê às mais terríveis frustrações, jamais deixaram de apoiá-lo — isto é, o apoio dado pelo seu ego ao ego do bebê foi digno de confiança. Nunca aconteceu de o bebê acordar gritando e não haver ninguém por perto que o ouvisse. Em outros termos, vocês constataram que nunca tentaram fugir de suas responsabilidades para com o bebê através de mentiras.

Mas, naturalmente, tudo isso implica não apenas que a mãe tenha sido capaz de dedicar-se integralmente a esta preocupação com os cuidados para com o seu bebê, mas, também, que ela teve sorte. Não preciso começar a enumerar as coisas que podem acontecer até mesmo nas famílias mais ajustadas. No entanto, darei três exemplos para ilustrar três tipos de situações problemáticas. O primeiro deles é uma simples probabilidade — uma mãe fica doente e morre, e tem que abandonar o seu bebê da maneira que mais odeia. Pode ser também que ela entre em uma nova gravidez antes do tempo que ela anteriormente considerara adequado. Até certo ponto, ela poderia ser responsável por esta complicação, mas estas coisas não são tão simples assim. Uma mãe poderia, também, entrar em depressão e sentir que está privando seu filho daquilo que ele necessita, sem que tenha forças suficientes para modificar o seu estado de espírito, que pode perfeitamente ser uma reação a algo que afetou a sua vida privada. Neste caso, ela estará causando as dificuldades, mas ninguém a culpará por isso.

Em outras palavras, há um grande número de razões pelas quais algumas crianças são atingidas antes que sejam capazes de evitar que sua personalidade seja ferida ou lesada por algum acontecimento.

Devo, agora, retomar a idéia de culpa. É necessário que saibamos olhar para o crescimento e desenvolvimento humanos, com todas as suas complexidades que são pessoais ou intrínsecas à

criança, e sejamos capazes de dizer: houve, aqui, uma falha do fator "mãe dedicada comum", e fazê-lo sem culpar quem quer que seja. De minha parte, não tenho qualquer interesse em distribuir a culpa. Mães e pais culpam-se, mas esta é uma outra questão, e de fato eles costumam culpar-se por quase tudo, como, por exemplo, por terem uma criança mongolóide, pelo que nenhum deles certamente pode ser considerado responsável.

No entanto, precisamos levar em conta a etiologia e ser capazes, se necessário, de dizer que algumas das falhas de desenvolvimento com as quais nos deparamos decorrem de uma falha do fator "mãe dedicada comum" em determinado momento ou ao longo de uma fase. Isto nada tem a ver com responsabilidade moral; trata-se, na verdade, de um outro assunto. De qualquer forma, "até que ponto terei sido boa enquanto mãe?".

Tenho, entretanto, um motivo especial pelo qual sinto que devemos ser capazes de fazer uma divisão eqüitativa da importância da etiologia (e não da culpa), e este motivo diz respeito ao fato de que não podemos reconhecer o valor positivo do fator "mãe dedicada comum" de nenhuma outra forma — a necessidade vital que tem cada bebê de que alguém facilite os estágios iniciais dos processos de desenvolvimento psicológico, ou desenvolvimento psicossomático, ou, como talvez eu deva dizer, do desenvolvimento da personalidade mais imatura e absolutamente dependente, que é a personalidade humana.

Em outras palavras, não acredito na história de Rômulo e Remo, por maior que seja o meu respeito pelas lobas. Alguém humano encontrou e cuidou dos fundadores de Roma, se de fato pretendemos atribuir alguma verdade a este mito. Não vou além a ponto de afirmar que nós, como homens e mulheres, *devemos* alguma coisa a cada uma das respectivas mulheres que fizeram isso por nós. Não lhes devemos nada. No entanto, para nós mesmos, devemos um reconhecimento intelectual do fato de que, no início, éramos absolutamente dependentes psicologicamente, e, por *absolutamente*, quero dizer *absolutamente*. Felizmente, recebemos de nossas mães a atenção que comumente elas dão aos bebês.

Será possível dizer algo sobre as razões pelas quais é necessário que uma mãe seja capaz de adaptar-se de forma tão visceral às necessidades iniciais de seu filho?[1] É fácil dizer muitas coisas sobre as necessidades mais óbvias, embora mais complexas, das crianças mais velhas e das crianças que estão passando pelo processo de não mais relacionarem-se apenas com a mãe, mas vendo-se, também, às voltas com relacionamentos triangulares. É fácil perceber que as crianças necessitam de um meio ambiente firme, onde possam resolver seus conflitos de amor e ódio e suas duas tendências principais, isto é, uma que os leva a se voltarem para o genitor do mesmo sexo, e a outra, que os direciona para o genitor do sexo oposto, e que podem ser consideradas como as tendências hetero e homossexual na relação objetal.

No entanto, vocês vão querer que eu tente fazer uma afirmação sobre as necessidades que a criança tem neste estágio muito inicial onde há, quase sempre, uma figura de mãe que se encontra numa situação de não ter muitas outras coisas ocupando seus pensamentos, durante uma fase em que a dependência do bebê é absoluta. Em alguma outra parte, escrevi muito sobre este assunto, e talvez não me seja possível fazer mais que uma síntese, para limitar-me a poucas palavras. Gostaria de dizer que, nestas primeiras e importantíssimas semanas da vida do bebê, os estágios iniciais dos processos de amadurecimento têm sua primeira oportunidade de se tornarem experiências do bebê. Onde o ambiente de facilitação — que deve ser humano e pessoal — possuir características suficientemente boas, as tendências hereditárias de crescimento que o bebê tem podem, então, alcançar seus primeiros resultados favoráveis. Pode-se dar nomes a estas coisas. A principal delas pode ser abrangida pela palavra *integração*. Todas as partículas e fragmentos de atividade e sensação que vão constituir aquilo que passamos a conhecer como este bebê específico começam a congregar-se em determinados períodos, de tal forma que há momentos de integração em que o bebê é uma unidade, embora, naturalmente, uma unidade muitíssimo dependente. Dizemos que o apoio do ego materno facilita a organização do ego do bebê. Com o tempo, o bebê torna-se capaz de afirmar sua própria individualidade, e até mesmo de experimentar um sentimento de identidade pessoal. Tudo parece muito simples quando vai bem, e a base de tudo isso encontra-se nos primórdios do relacionamento, quando a mãe e o bebê estão em harmonia. Não há nada de místico nisto. A mãe tem um tipo de identificação extremamente sofisticada com o bebê, na qual ela se sente muito identificada com ele, embora, naturalmente, permaneça adulta. O bebê, por outro lado, identifica-se com a mãe nos momentos calmos de contato, que é menos uma realização do bebê que um resultado do relacionamento que a mãe possibilita. Do ponto de vista do bebê, nada existe além dele próprio, e portanto a mãe é, inicialmente, parte dele. Em outras palavras, há algo, aqui, que as pessoas chamam de identificação primária. Isto é o começo de tudo, e confere significado a palavras muito simples, como *ser*.

Poderíamos usar o termo *existir*, em sua extração francesa, e falar a respeito da existência, transformar isso numa filosofia e chamá-la de existencialismo, mas de qualquer forma preferimos começar pela palavra *ser*, e em seguida pela afirmação *eu sou*. O importante é que eu sou *não significa nada, a não ser que eu*, inicialmente, *seja juntamente com outro ser humano* que ainda não foi diferenciado. Por este motivo, é mais verdadeiro falar a respeito de *ser* do que usar as palavras *eu sou*, que pertencem ao estágio seguinte. Não é exagero dizer que a condição de ser é o início de tudo, sem a qual o *fazer* e o *deixar que lhe façam* não têm significado. É possível induzir um bebê a alimentar-se e a desempenhar todos os processos corporais, mas ele não sente estas coisas como uma experiência, a menos que esta última se forme sobre uma proporção de simplesmente *ser*, que seja suficiente para constituir o eu que será, finalmente, uma pessoa.

O oposto da integração é uma deficiência de integração, ou uma desintegração, a partir de um estado de integração. Trata-se de algo intolerável. É uma das ansiedades mais inconcebíveis e básicas da infância, que é evitada através dos cuidados do tipo que comumente quase todos os bebês recebem de um ser humano adul-

1. Estas passagens foram encontradas entre os papéis do Dr. Winnicott, juntamente com a palestra reproduzida neste capítulo. (N. Orgs.)

to. Vou enumerar rapidamente um ou dois outros processos básicos de desenvolvimento semelhantes. Não é possível ter a certeza de que a psique do bebê irá formar-se de modo satisfatório juntamente com o soma, isto é, com o corpo e seu funcionamento. A existência psicossomática é uma realização, e, embora sua base seja uma tendência hereditária de desenvolvimento, ela não pode tornar-se um fato sem a participação ativa de um ser humano que segure o bebê e cuide dele. Um colapso nesta área tem a ver com todas as dificuldades que afetam a saúde do corpo, que realmente se originam na indefinição da estrutura da personalidade. Vocês verão que o colapso destes processos de desenvolvimento muito iniciais nos leva, imediatamente, ao tipo de sintomatologia que encontramos em nossos hospitais psiquiátricos, de tal forma que a prevenção dos distúrbios comuns nestes hospitais diz respeito, inicialmente, aos cuidados com o bebê e às coisas que ocorrem naturalmente às mães que querem tomar conta de um bebê.

Uma outra coisa que eu poderia mencionar tem a ver com as origens das relações objetais. Com isto já nos aproximamos de uma concepção sofisticada da psicologia. Vocês, no entanto, reconhecerão a forma pela qual os objetos que o bebê pode usar simbolicamente começam a surgir, quando o relacionamento entre a mãe e o bebê é satisfatório; não apenas o polegar que ele pode chupar, mas também alguma coisa que ele pode agarrar e que, por fim, pode transformar-se em uma boneca ou em um brinquedo. Um colapso, aqui, tem que ser avaliado em termos de uma insuficiência da capacidade de relações objetais.

Note-se que, embora inicialmente estivéssemos falando sobre coisas muito simples, falávamos também a respeito de assuntos que são de importância vital, assuntos que dizem respeito ao assentamento das bases da saúde mental. Nos estágios posteriores, um longo percurso é feito, mas tudo o que for feito neles só terá bons resultados se o início tiver sido satisfatório. As mães às vezes acham alarmante pensar que o que elas estão fazendo é tão importante, e neste caso é melhor não lhes dizer nada, pois acabam fazendo tudo pior. É impossível aprender estas coisas, e a ansiedade não é um substituto desta espécie muito simples de amor, que é quase físico. Poder-se-ia, então, perguntar: Por que se dar ao trabalho de mostrar isto tudo? Entretanto, faço questão de enfatizar

que alguém deve preocupar-se com estas coisas, pois de outra forma esqueceremos a importância dos primórdios do relacionamento entre mãe e filho, e interferiremos com excessiva facilidade. Isto é algo que jamais devemos fazer. Quando uma mãe é capaz de ser mãe com toda naturalidade, jamais devemos interferir. Ela será incapaz de lutar por seus direitos, pois não terá uma compreensão dos fatos. Tudo o que saberá é que foi ferida. A única diferença é que o ferimento não é um osso quebrado ou um corte em seu braço, mas sim a personalidade mutilada do bebê. É muito comum que uma mãe passe anos de sua vida tentando curar este ferimento, que na verdade foi causado por nós quando, desnecessariamente, interferimos em algo que, de tão simples, não parecia ser importante.

2. SABER E APRENDER

Uma mãe jovem tem muito a aprender. Os especialistas lhe dizem coisas úteis sobre a introdução de alimentos sólidos na dieta, sobre as vitaminas e o uso da tabela de peso; e então, às vezes, ela recebe informações sobre algo totalmente diferente, como por exemplo a sua reação diante do fato de o bebê não querer comer.

Creio que para vocês[1] é muito importante saber claramente a diferença entre estes dois tipos de conhecimento. Aquilo que vocês fazem e sabem, simplesmente pelo fato de serem mães de um bebê, está tão distante daquilo que vocês sabem por terem aprendido quanto a costa leste da Inglaterra fica distante da costa oeste. Não consigo imaginar uma forma bastante convincente de fazer tal colocação. Da mesma forma que o professor que descobriu quais vitaminas evitam o raquitismo tem algo a lhes ensinar, vocês também têm algo a lhe ensinar sobre um outro tipo de conhecimento, aquele que vocês adquirem naturalmente.

A mãe que amamenta o seu bebê simplesmente não tem que se preocupar com gorduras e proteínas enquanto está totalmente envolvida com os estágios iniciais. Quando, por volta dos nove meses, ela começa a desmamar, e o bebê já não lhe faz tantas exigências, ela começa a ficar livre para estudar fatos e conselhos que lhe são dados por médicos e enfermeiros. Obviamente, existem muitas coisas que ela não poderia saber por intuição, e ela quer ser informada sobre a inclusão de sólidos e a forma de utilizar os tipos de alimentos disponíveis para que o seu bebê possa desenvolver-

1. Winnicott dirigia-se às mães. Ver p. 93. (N. Orgs.)

se e manter-se saudável. Para receber estas instruções, no entanto, ela deve esperar até que se encontre em um estado mental que lhe permita recebê-las.

Podemos ver, facilmente, que anos e anos de brilhantes pesquisas foram gastos para que o médico se tornasse capaz de prescrever as vitaminas adequadas, e podemos também olhar com admiração para o trabalho do cientista e para a autodisciplina implícita neste trabalho; podemos, da mesma forma, nos sentir agradecidos quando, como resultado das pesquisas científicas, muito sofrimento pode ser evitado, até mesmo através de um conselho tão simples quanto acrescentar algumas gotas de óleo de fígado de bacalhau à dieta.

Ao mesmo tempo o cientista, se assim o desejar, pode olhar com admiração para o conhecimento intuitivo da mãe, que a torna capaz de cuidar de seu bebê independentemente de qualquer aprendizado. Na verdade eu diria que a riqueza essencial deste conhecimento intuitivo é o fato de ele *ser* natural e não conspurcado pelo aprendizado.

A tarefa mais difícil, quando se prepara uma série de palestras e livros sobre a assistência aos bebês, é saber como evitar perturbar aquilo que se desenvolve naturalmente nas mães, ao mesmo tempo em que as informamos com exatidão sobre os conhecimentos úteis resultantes da pesquisa científica.

Quero que vocês consigam se sentir confiantes em sua capacidade como mães, e que não pensem que, por não terem um conhecimento profundo de vitaminas, não sabem, por exemplo, qual a melhor maneira de segurar seu bebê no colo.

Como segurar seu bebê no colo; eis um bom exemplo a ser considerado e desenvolvido.

A expressão *holding the baby* (segurar o bebê)* tem um sentido preciso em inglês; alguém que o estava ajudando a fazer alguma coisa desapareceu, e você ficou "segurando o bebê". Por aí podemos ver que todos sabem que as mães têm, naturalmente, um senso de responsabilidade, e se estiverem com um bebê em seus braços estarão envolvidas de algum modo especial. É claro que algumas mulheres são deixadas literalmente "segurando o bebê", quando o pai não consegue gostar da parte que lhe cabe e não é capaz de dividir com a mulher a enorme responsabilidade que um bebê deve sempre representar.

* O autor refere-se à expressão *to be left holding the baby*, isto é, ser deixado com a responsabilidade de fazer algo que alguém começou e deixou inacabado. (N.T)

Pode ser, também, que não haja um pai. Normalmente, porém, a mãe se sente apoiada por seu marido, e assim pode ser uma mãe adequada; age com naturalidade ao segurar o seu bebê, sem precisar estudar o assunto. Esta mãe ficará surpresa se me ouvir dizer que segurar um bebê é um trabalho especializado.

Quando as pessoas vêem um bebê, adoram que as deixem fazer exatamente isso, ou seja, segurá-lo em seus braços. Vocês não permitem que uma pessoa segure o seu bebê se sentirem que, para ela, não se trata de uma experiência importante. Os bebês são realmente muito sensíveis à maneira como são segurados, o que os leva a chorar com algumas pessoas e a ficar calmos e satisfeitos quando no colo de outras, mesmo quando são ainda muito novinhos. Às vezes uma garotinha pede para segurar seu irmão ou irmã recém-nascido, e este é um grande acontecimento. A mãe que for sábia se lembrará de não atribuir à criança toda a responsabilidade, e permanecerá por perto o tempo todo, caso a deixe segurar o bebê, pronta para trazê-lo de volta à segurança de seu colo. Se a mãe agir com sabedoria, ela não ficará tão certa de que uma irmã mais velha esteja segura com um bebê em seus braços. Afirmá-lo seria negar o sentido da experiência como um todo. Conheço pessoas que conseguem se lembrar, durante toda a sua vida, do sentimento terrível de segurar o irmãozinho ou irmãzinha, e do pesadelo de não se sentirem seguras. No pesadelo, o bebê é derrubado. O medo, que pode se manifestar no pesadelo sob a forma do ferimento do bebê, faz com que, na prática, a irmã maior o segure com força excessiva.

Tudo isso leva àquilo que vocês fazem de forma extremamente natural, devido à sua dedicação a seus bebês. Como não estão ansiosas, não apertam o bebê ao segurá-lo, e não temem deixá-lo cair. Apenas adaptam a pressão de seus braços às necessidades do bebê, movem-se lentamente e, talvez, emitem alguns sons. O bebê sente a sua respiração, e do seu hálito e de sua pele irradia-se um calor que leva o bebê a sentir que é agradável estar em seu colo.

É claro que existem todos os tipos de mãe, e há algumas que

não estão totalmente contentes com o jeito que seguram os seus bebês. Algumas sentem-se um pouco em dúvida, pois o bebê parece mais feliz quando está no berço. Deve haver, numa mãe assim, algum remanescente do medo que ela tinha quando, ainda uma garotinha, a mãe a deixava segurar um bebê recém-nascido. Pode ser, também, que ela tenha tido uma mãe não muito boa para este tipo de coisa, e tenha medo de estar transmitindo ao seu bebê um pouco da insegurança que existiu em seu passado. Uma mãe ansiosa usa o berço ao máximo, ou mesmo entrega o bebê aos cuidados de uma enfermeira criteriosamente escolhida entre as que sabem lidar com o bebê de uma forma natural. No mundo há lugar para todos os tipos de mãe; algumas farão bem um tipo de coisa, outras terão sucesso em outro tipo de coisa. Ou devo dizer que algumas se saem mal numa determinada coisa e outras em outro tipo de coisa? Algumas seguram os seus filhos com ansiedade.

Creio que vale a pena examinar mais detalhadamente esta questão, pois se vocês lidam bem com o seu bebê, quero que saibam que estão fazendo algo de extrema importância. É uma pequena parte da maneira pela qual darão um bom alicerce à saúde mental deste novo membro da comunidade.

Imaginem a situação.

Aqui está o bebê, bem no início de sua vida (a partir do que acontece no início, podemos ter uma idéia do que acontecerá, repetidamente, mais tarde). Vou descrever três estágios da relação do bebê com o mundo (representado, na mãe, pelos braços e pelo corpo que respira), deixando de lado a fome e a raiva, e todos os grandes transtornos. Primeiro estágio: o bebê está fechado em si mesmo, uma criatura viva que, no entanto, se encontra cercada pelo espaço. O bebê não tem conhecimento de nada, exceto de si mesmo. Segundo estágio: o bebê mexe um cotovelo, um joelho, ou estica-se um pouco. O espaço foi transposto, o bebê surpreendeu o meio ambiente. Terceiro estágio: você, que está segurando o bebê, tem um sobressalto, pois alguém acaba de tocar a campainha ou a água da chaleira ferveu, e mais uma vez o espaço foi transposto. Desta vez, o meio ambiente surpreendeu o bebê.

Primeiro, o bebê fechado em si mesmo está no espaço que é mantido entre a criança e o mundo; no segundo, o bebê surpreende o mundo, e, finalmente, o mundo o surpreende. Isto é tão simples

que, imagino, lhes parecerá uma seqüência natural, sendo, portanto, uma base sólida a partir da qual podemos estudar a maneira como você segura o seu bebê.

Tudo isso é muito óbvio, mas o problema é que, se vocês não souberem estas coisas, poderão desperdiçar facilmente sua imensa habilidade, uma vez que não saberão como explicar aos vizinhos e aos seus maridos o quanto é necessário que vocês tenham também um espaço para si próprias, no qual possam iniciar os seus bebês com uma base sólida para a vida.

Permitam-me colocar a questão desta forma: o bebê situado no espaço torna-se pronto, com o passar do tempo, para executar o movimento que surpreende o mundo, e o bebê que assim descobriu o mundo se torna, no devido tempo, preparado para receber com alegria as surpresas que o mundo contém.

O bebê não sabe que o espaço circundante é mantido por vocês. Quantos cuidados vocês tomam para que o mundo não entre em choque com o bebê antes que ele o descubra! Com tranqüilidade, vocês acompanham com suas próprias vidas a vida nos bebês, e esperam por seus gestos, pelos mesmos gestos que os levam a descobri-las.

Se vocês se sentem com sono, e principalmente se estiverem deprimidas, colocam o bebê em um berço, pois sabem que o estado de sonolência em que se encontram não é suficientemente vital para manter ativa a idéia que o bebê tem de um espaço circundante.

O fato de eu ter me referido basicamente a bebês muito novos, bem como aos cuidados que vocês lhes dedicam, não significa que eu também não esteja fazendo referência a crianças mais velhas. É claro que, quase sempre, a criança de mais idade já se encontra em um contexto muito mais complexo, podendo prescindir dos cuidados que se manifestam naturalmente em vocês quando estão segurando um bebê que nasceu há apenas algumas horas. No entanto, é muito comum que uma criança mais velha, só por alguns minutos ou algumas horas, precise retroceder e voltar aos estágios iniciais. Talvez seu filho tenha sofrido um acidente, e venha chorando até vocês. Isto pode durar cinco ou dez minutos, até que ele volte a brincar. Neste ínterim vocês já pegaram a criança em seus braços e permitiram exatamente a mesma seqüência a respeito da qual falei. Primeiro, vocês a pegam no colo, calma po-

rém resolutamente; em seguida permitem que se mova e as encontre à medida que as lágrimas vão desaparecendo. No final vocês podem, com toda naturalidade, colocá-la no chão. A criança pode estar triste, indisposta ou cansada; seja como for, num breve espaço de tempo ela volta a ser um bebê, e vocês sabem que é preciso dar tempo para que possa haver um retorno natural da sensação básica de segurança às condições normais.

É claro que eu poderia ter escolhido muitos outros exemplos da forma como o conhecimento de vocês se manifesta, simplesmente porque são especialistas nesta questão específica que é cuidar de suas próprias crianças. Quero incentivá-las a conservar e defender este conhecimento especializado, que não pode ser ensinado. A partir dele, e só então, vocês podem aprender outras coisas, com outros tipos de especialistas. Vocês só conseguirão aprender com segurança as coisas que os médicos e enfermeiras podem lhes ensinar se forem capazes de conservar, em si mesmas, aquilo que lhes é natural.

Poder-se-ia pensar que estive tentando ensinar-lhes como devem segurar seus bebês. Isto, parece-me, está muito distante da verdade. Estou tentando descrever os diversos aspectos das coisas que vocês fazem naturalmente, para que possam reconhecer aquilo que fazem, e para que possam ter consciência desta capacidade natural que possuem. Isto é importante, pois pessoas insensatas tentarão, muitas vezes, ensinar-lhes como fazer as coisas que vocês podem *fazer* muito melhor do que podem *aprender* a fazer. Se estiverem certas disso, podem aumentar o valor que possuem enquanto mães, aprendendo coisas que podem ser ensinadas. Afinal, a melhor parte de nossa civilização e cultura tem muitas coisas valiosas a oferecer, desde que vocês consigam assimilá-las sem que percam o que têm de natural.

1950

INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE BIBLIOTECA MADRE CRISTINA

3. A AMAMENTAÇÃO COMO FORMA DE COMUNICAÇÃO

Cheguei a este tema como um pediatra que se tornou psicanalista, e como alguém que possui uma longa experiência no tipo de caso que se apresenta à prática desenvolvida por um psiquiatra infantil. Para realizar o meu trabalho, preciso de uma teoria do desenvolvimento *emocional* e *físico* da criança no ambiente em que ela vive, e uma teoria precisa abranger todo o espectro daquilo por que se possa esperar. Ao mesmo tempo, a teoria precisa ser flexível, de tal forma que qualquer fato clínico possa, se necessário, modificar a afirmação teórica.

Não estou especialmente interessado em fomentos e incentivos da amamentação, embora eu realmente espere que as diretrizes gerais do que tenho afirmado ao longo dos anos sobre este assunto tenham tido exatamente este resultado, simplesmente porque aqui está algo natural, e é provável que o que é natural tenha fundamentos muito positivos.

Pretendo, inicialmente, afastar-me de uma atitude sentimental em relação à amamentação ou à propaganda a favor da amamentação. A propaganda da amamentação tem sempre um outro lado que, no final, acaba se revelando como uma reação à propaganda. Não há a menor dúvida de que, atualmente, um número enorme de pessoas se desenvolveu satisfatoriamente sem que tenha passado pela experiência da amamentação. Isto significa que existem outras formas através das quais um bebê pode experimentar um contato físico íntimo com a mãe. No entanto, eu sentiria muito se a amamentação estivesse ausente em um único caso, sim-

plesmente porque acredito que a mãe ou o bebê, ou ambos, estarão perdendo algo se não passarem por essa experiência.

Não estamos apenas preocupados com a doença ou com distúrbios psiquiátricos; estamos preocupados com a riqueza da personalidade, com a força do caráter e com a capacidade de ser feliz, bem como com a capacidade de revolucionar e rebelar-se. É provável que a verdadeira força tenha origem numa experiência do processo de desenvolvimento que siga uma trajetória *natural*, e é o que desejamos para todas as pessoas. Na prática, este tipo de força logo se torna imperceptível, devido à força comparável que pode originar-se do medo, do ressentimento, da privação e da contingência de nunca a ter tido.

Se levarmos em conta os ensinamentos dos pediatras, é possível perguntar se a amamentação é melhor que outros tipos de alimentação. Alguns pediatras realmente acreditam que a alimentação artificial, quando bem feita, pode ser mais satisfatória em termos de anatomia e fisiologia, que é o que os preocupa. Não precisamos achar que o assunto foi esgotado assim que o pediatra acabou de falar, principalmente se ele parece esquecer-se de que um bebê é mais do que sangue e ossos. Do meu ponto de vista, a saúde mental do indivíduo está sendo construída desde o início pela mãe, que oferece o que chamei de ambiente facilitador, isto é, um ambiente em que os processos evolutivos e as interações naturais do bebê com o meio podem desenvolver-se de acordo com o padrão hereditário do indivíduo. A mãe está assentando, sem que o saiba, as bases da saúde mental do indivíduo.

Isso, porém, não é tudo. Do ponto de vista da saúde mental, a mãe (se agir de forma adequada) estará também criando os fundamentos da força de caráter e da riqueza de personalidade do indivíduo. A partir de uma tal base positiva, o indivíduo tem, com o passar do tempo, uma oportunidade de lançar-se no mundo de uma forma criativa, e de desfrutar e usar tudo aquilo que o mundo tem a lhe oferecer, inclusive o legado cultural. Infelizmente, é uma grande verdade que, se uma criança não começar bem, então poderá não desfrutar do legado cultural e a beleza do mundo não passará de um colorido torturante, impossível de desfrutar. Assim, portanto, existem "os que têm" e "os que não têm", e isso nada tem a ver com finanças; tem a ver com aqueles que começaram

muito bem suas vidas, e com aqueles que não tiveram a mesma sorte.

O tema da amamentação é, por certo, uma parte e pequena parcela desta vasta questão, parte do que pretendemos dizer quando afirmamos que uma pessoa começa bem a sua vida quando os recursos ambientais de que pode dispor são suficientemente bons. No entanto, isso não é tudo. Os psicanalistas responsáveis pela teoria do desenvolvimento emocional do indivíduo que utilizamos atualmente foram responsáveis, até certo ponto, pelo relativo exagero com que o seio foi posto em evidência. Não estavam errados. Contudo, com o passar do tempo, constatamos que o "seio bom" é um jargão que, de modo geral, significa uma maternidade e uma paternidade satisfatórias. Enquanto evidência dos cuidados prestados ao bebê, podemos dizer, por exemplo, que o ato de segurá-lo e manipulá-lo é mais importante, em termos vitais, do que a experiência concreta da amamentação. É também um fato bem conhecido que muitos bebês passam pelo que parece ser uma experiência bem-sucedida de amamentação e, no entanto, são insatisfatórios, no sentido de que se apresenta uma deficiência observável em seu processo de desenvolvimento, bem como em sua capacidade de relacionamento com as pessoas e utilização de objetos — uma deficiência resultante do fato de terem sido segurados e manipulados de forma insatisfatória.

Uma vez que já deixei bem claro que a palavra *seio* e a idéia de amamentação abrangem toda uma técnica de ser mãe de um bebê, sinto-me livre, então, para enfatizar quão importante pode ser *o próprio seio*, e é o que vou tentar fazer. Talvez vocês notem o que estou tentando evitar. Quero me distanciar daqueles que tentam *obrigar* as mães amamentarem os seus bebês. Vi um grande número de crianças que passaram por situações muito difíceis, com a mãe lutando para que seu peito desempenhasse suas funções, algo que ela, por natureza, é totalmente incapaz de fazer, uma vez que escapa ao controle consciente. Tanto a mãe quanto o bebê sofrem com isso. Às vezes experimenta-se um grande alívio quando, finalmente, passa-se a fazer a alimentação por mamadeira, e, seja como for, alguma coisa vai bem, no sentido de que as necessidades do bebê estão sendo satisfeitas por ele estar ingerindo a quantidade exata do alimento adequado. Muitos destes esforços poderiam

ser evitados se a religião fosse excluída desta concepção de aleitamento. Creio que o pior insulto a uma mulher que *gostaria* de amamentar seu filho, e que vem a fazê-lo naturalmente, se dê quando alguma autoridade (um médico ou enfermeira) chega e diz: "Você *deve* amamentar o seu bebê." Seu eu fosse uma mulher, isso seria suficiente para me desconcertar. Eu diria: "Muito bem: então, não vou amamentá-lo." Infelizmente, as mães têm esta crença terrível nos médicos e enfermeiras, e pensam, então, que o médico sabe como estabelecer um contato mútuo entre mãe e filho, só porque ele sabe o que deve ser feito em caso de alguma cirurgia de emergência. Em geral, ele não entende nada desta questão que se refere à intimidade entre a mãe e o bebê.

Trata-se de levar médicos e enfermeiras a compreenderem que, se por um lado são necessários, e muito, quando as coisas vão mal do ponto de vista físico, por outro eles não são especialistas nas questões relativas à intimidade, que são vitais tanto para a mãe quanto para o bebê. Se começarem a dar conselhos sobre essa intimidade, estarão pisando em solo perigoso, pois nem a mãe, nem o bebê, precisam de conselhos. Em vez de conselhos, eles precisam de recursos ambientais que estimulem a confiança da mãe em si própria. O fato cada vez mais comum de o pai poder estar presente quando um bebê está nascendo é um dos mais importantes avanços de nossa época, pois o pai pode enriquecer a situação com um entendimento da importância dos primeiros momentos, quando a mãe pode dar uma olhada em seu bebê antes de repousar. O mesmo acontece quando se dá início à amamentação. É algo que pode se tornar muito difícil, pois a mãe é incapaz de amamentar através de um esforço deliberado. Ela precisa aguardar as suas próprias reações, ou, por outro lado, as suas reações podem ser tão intensas que ela mal consiga esperar pelo bebê, quando então é preciso ajudá-la devido à retenção do leite.

Quanto à educação de médicos e enfermeiras sobre este assunto, é preciso lembrar que eles têm muitas outras coisas a aprender, pois as exigências da medicina e da cirurgia modernas são de fato muito grandes, além do que médicos e enfermeiras são pessoas iguais a todo mundo. Cabe aos pais conhecer as suas próprias necessidades e preocupar-se com elas neste estágio inicial, cabendo-lhes também insistir em sua busca de auto-realização. Só

ocasionalmente é possível que os pais encontrem médicos e enfermeiras que compreendem qual é a sua função específica, e qual a função dos pais, e neste caso o trabalho conjunto terá sempre um resultado feliz. Devido às minhas funções, ouço, naturalmente, muita coisa por parte das mães a respeito da angústia causada por médicos e enfermeiras que, embora excelentes do ponto de vista da saúde física, não conseguem deixar de interferir e se tornam perniciosos ao relacionamento entre a mãe, o pai e o bebê.

Há, naturalmente, mães que têm dificuldades pessoais muito grandes devido aos seus próprios conflitos internos, dificuldades que talvez estejam ligadas às experiências pelas quais passaram quando crianças. Há, muitas vezes, uma forma de resolver estes problemas. Nos casos em que a mãe tem dificuldade de amamentar, será um erro tentar forçar uma situação que deve, até certo ponto, fracassar, podendo até mesmo se transformar em um desastre. Ter uma noção preconcebida daquilo que deve ser feito pela mãe no que diz respeito à amamentação é, portanto, uma prática muito desaconselhável para os profissionais que estão cuidando do caso. É muito comum que uma mãe desista rapidamente e estabeleça outro tipo de alimentação; ela pode, também, ser bem-sucedida com o segundo ou o terceiro filho, e ficar muito satisfeita porque isso aconteceu de forma natural. Nos casos em que um bebê não possa ser amamentado, existem muitas outras maneiras através das quais as mães podem possibilitar algum tipo de intimidade física.

A esta altura eu gostaria de ilustrar o modo pelo qual estas questões podem ser importantes num estágio ainda muito inicial. Suponhamos que uma mulher adotou um bebê de seis semanas, e verificou que ele reagia bem ao contato humano, às carícias e a todos os aspectos que envolvem o ato de segurar o bebê e manipulá-lo. Já às seis semanas, entretanto, a mãe descobriu que o bebê apresentava uma característica derivada de sua experiência anterior. Esta característica só se manifestava nos momentos em que ela o alimentava. Para fazer com que ele se alimentasse, tinha que colocá-lo no assoalho ou sobre uma mesa bem firme; em seguida, sem qualquer espécie de contato físico, era preciso segurar a mamadeira para que o bebê reagisse e começasse a mamar. Este padrão anormal de alimentação persistiu e entrelaçou-se com o tecido da personalidade da criança, deixando muito claro a quem

observasse o seu desenvolvimento que a sua experiência muito precoce de alimentação impessoal tivera um resultado, que neste caso não fora bom.

Se eu continuasse trazendo exemplos, só tornaria a questão ainda mais confusa, pois o tema cobre um campo muito vasto, e acho melhor apelar para as experiências daqueles que me ouvem e lembrar-lhes que as coisas muito pequenas que, no início, se passam entre a mãe e o bebê são muito significativas, não o sendo menos por parecerem tão naturais, sólidas e inquestionáveis.

Chego, portanto, ao reconhecimento do valor positivo da amamentação, levando em conta que esta não é absolutamente essencial e que não se deve insistir nela, quando a mãe tiver alguma dificuldade pessoal. O aspecto óbvio daquilo que desejo dizer tem a ver com a imensa riqueza contida na experiência da alimentação; o bebê está vivo e desperto, e toda a sua personalidade em formação está envolvida no processo. Grande parte da vida de vigília do bebê está voltada para a alimentação. De certa forma, o bebê está acumulando material para o sonho, embora logo se manifestem todas as outras coisas que também passam a fazer parte do processo, e que podem refletir-se na realidade interior da criança adormecida, que naturalmente está sonhando. Os médicos estão de tal forma acostumados a falar sobre saúde e doença que se esquecem de falar sobre as enormes variações da saúde, a partir das quais podemos afirmar que, se por um lado as experiências de uma determinada criança são fracas, insípidas e até mesmo entediantes, há, por outro lado, crianças cujas experiências são intensas, cheias de cor e sensações, e de um alto grau de fecundidade. Para alguns bebês as experiências ligadas à alimentação são tão enfadonhas que deve ser um grande alívio chorar de raiva e frustração, o que, de qualquer modo, é real e necessariamente envolve a personalidade toda. Portanto, ao examinarmos a experiência de amamentação de um bebê, a primeira coisa a fazer é pensar em termos da *riqueza* da experiência e do envolvimento total da personalidade. Muitos dos aspectos importantes da situação de amamentação também estão presentes quando se utiliza a mamadeira. Por exemplo, o fato de a mãe e seu bebê olharem-se nos olhos, que é uma característica do estágio inicial, é algo que absolutamente não depende do uso do verdadeiro seio. Esta afirmação, porém, deixa margem a dúvidas, uma vez que o gosto, o cheiro e a experiência sensual da amamentação estão ausentes quando o bebê se vê às voltas com o bico de borracha da mamadeira. Sem dúvida, os bebês têm outras formas de superar até mesmo esta desvantagem, e, em alguns casos, a superestima do uso sensual da borracha pode remontar a uma ligação muito forte com a borracha na alimentação por mamadeira. A capacidade de experiência sensória do bebê pode ser vista no uso daquilo que chamei de objetos transicionais, em que, para o bebê, existe toda diferença possível entre a seda, o náilon, a lã, o algodão, o linho, um avental engomado, borracha ou um guardanapo molhado. Este, porém, é outro tema, ao qual só estou fazendo referência para lembrar-lhes que coisas imensas se passam no pequeno universo do bebê.

Junto à observação das experiências do bebê, que são mais ricas quando se usa o seio em vez da mamadeira, é preciso levar em conta tudo o que a própria mãe sente e experimenta. Creio ser quase desnecessário fazer referência a este grande tema para tentar descrever a sensação de realização que a mãe pode sentir quando a fisiologia e a anatomia, que talvez tenham sido para ela um grande incômodo, de repente fazem sentido e lhe permitem lidar com o medo de que o bebê vai comê-la, ao descobrir que ela de fato tem algo chamado leite, com o que pode acalmá-lo temporariamente. Prefiro que vocês usem sua imaginação, mas é importante chamar a atenção para o fato de que, qualquer que seja o modo de alimentar um bebê, e por mais satisfatório que possa ser, a satisfação da mulher capaz de usar uma parte de seu próprio corpo desta forma é algo totalmente diferente. A satisfação está ligada às suas próprias experiências como bebê, e a experiência toda remonta ao início dos tempos, quando os seres humanos mal haviam superado a postura dos animais mamíferos.

Chego, afinal, ao que considero a observação mais importante neste campo, e que diz respeito à existência de agressividade no bebê. Com o passar do tempo, o bebê começa a chutar, gritar e arranhar. Na situação de alimentação havia, no início, uma atividade vigorosa da gengiva, um tipo de atividade que pode

facilmente resultar em rachaduras no mamilo; alguns bebês realmente aderem ao seio com as gengivas e o machucam bastante. Não se pode afirmar que estejam tentando ferir, porque o bebê ainda não está suficientemente desenvolvido para que a agressividade já possa significar alguma coisa. Com o passar do tempo, porém, os bebês já têm um impulso de morder. Trata-se do início de algo muito importante, que diz respeito à crueldade, aos impulsos e à utilização de objetos desprotegidos. Muito rapidamente, os bebês passam a proteger o seio, e na verdade é muito raro que mordam com o objetivo de ferir, mesmo quando já possuem dentes.

Isto não acontece pelo fato de eles não terem o impulso, mas sim devido a algo que corresponde à domesticação de um lobo em cão, ou de um leão em gato. Com os bebês humanos, porém, há um estágio muito difícil, que não pode ser evitado. A mãe pode perceber facilmente o que se passa com o bebê, nesse estágio em que ela está sendo destruída por ele, se tiver conhecimento da situação e proteger-se sem se valer de retaliação e vingança.

Em outras palavras, ela tem uma função a cumprir sempre que o bebê morder, arranhar, puxar os seus cabelos e chutar, e esta função é sobreviver. O bebê se encarregará do resto. Se ela sobreviver, o bebê encontrará um novo significado para a palavra amor, e uma nova coisa surgirá em sua vida: a fantasia. É como se o bebê agora pudesse dizer para sua mãe: "Eu a amo por ter sobrevivido à minha tentativa de destruí-la. Em meus *sonhos* e em *minha fantasia* eu a destruo sempre que penso em você, pois a amo." É isto que objetifica a mãe, coloca-a num mundo que não é parte do bebê, e a torna útil.

Vocês podem perceber que estamos falando de um bebê que tem mais de seis meses, e estamos falando de uma criança de dois anos. Estamos encontrando uma linguagem importante para a descrição geral do desenvolvimento futuro da criança, em que ela passa a fazer parte do mundo em vez de viver num mundo protegido, especializado ou subjetivo, criado pela enorme capacidade que a mãe tem de adaptar-se às necessidades de seu filho. Não vamos, porém, negar que os rudimentos destas coisas estão presentes até mesmo no recém-nascido.

Não nos cabe, aqui, examinar pormenorizadamente esta transição que tem tamanha importância na vida de toda criança e que lhe permite tornar-se parte do mundo, usá-lo e contribuir com ele. O que importa, no momento, é o reconhecimento do fato de que a base deste desenvolvimento saudável dos seres humanos é a sobrevivência do objeto que foi atacado. No caso da mãe que alimenta um bebê, não se trata apenas de sua sobrevivência como uma pessoa viva, mas também como uma pessoa que não se transformou, no momento crítico, em uma pessoa vingativa, nem partiu para retaliações. Em breve outras pessoas, inclusive o pai, animais e brinquedos, passam a representar o mesmo papel. Pode-se perceber o quanto é complicado para a mãe estabelecer uma separação entre o desmame e esta questão da sobrevivência do objeto que se apresentou à destruição, devido aos processos evolutivos e naturais do bebê. Mesmo que não examinemos as implicações extremamente interessantes desta questão, é possível afirmar, pura e simplesmente, que o aspecto essencial é a sobrevivência do objeto em face destes antecedentes. Agora já é possível perceber as diferenças que existem entre o seio e a mamadeira. Em ambos os casos, a sobrevivência da mãe é fundamental. É claro, entretanto, que existe uma diferença entre a sobrevivência de uma parte do corpo da mãe e a sobrevivência de uma mamadeira. A título de comentário, podemos citar as experiências extremamente traumatizantes que a quebra da mamadeira pode representar para o bebê durante a alimentação, quando, por exemplo, a mãe a deixa cair. Algumas vezes é o bebê que empurra a mamadeira e faz com que ela se quebre.

A partir destas observações vocês talvez possam chegar a elas, em seu próprio ritmo, e ver comigo que a sobrevivência de algo que é parte da mãe, como o seio, tem uma importância inteiramente diversa daquela representada pela sobrevivência de uma mamadeira de vidro. Estas considerações levam-me a ver a amamentação como mais um daqueles fenômenos naturais que se justificam por si próprios, mesmo quando possam, se necessário, ser ignorados.

1968

4. O RECÉM-NASCIDO E SUA MÃE

O tema que me foi proposto é tão complexo que hesito em dar-lhe uma nova dimensão. Contudo, creio que se a psicologia é útil no estudo do recém-nascido, é somente a prática que ela torna confusa[1]. No âmbito teórico, qualquer contribuição necessariamente é errada (caso em que o problema permanece intacto), ou contém uma parcela de verdade, e neste caso ela simplifica, como a verdade sempre o faz.

O recém-nascido e a mãe constituem um tema bastante amplo, e no entanto eu não gostaria que me fosse atribuída a tarefa de descrever o que se sabe sobre o recém-nascido considerado isoladamente: o que está em discussão é a psicologia, e gosto de partir do princípio segundo o qual, ao considerarmos um bebê, também consideremos as condições ambientais e, por trás delas, a mãe.

Se eu disser "a mãe" muito mais vezes que "o pai", espero que os pais me compreendam.

É necessário reconhecer a enorme diferença que deve haver entre a psicologia da mãe e a da criança. A mãe é uma pessoa sofisticada, o contrário daquilo que o bebê é inicialmente. Muitos acham difícil atribuir a um bebê qualquer coisa que pudesse ser chamada de "psicológica", até que algumas semanas ou mesmo meses tenham se passado, e é preciso dizer que são os médicos, muito mais que as mães, que têm esta dificuldade. Será que não poderíamos dizer que sempre se espera que as mães vejam

1. Aqui, Winnicott se dirige aos pediatras. Ver p. 93. (N. Orgs.)

mais do que existe e que os cientistas nada vejam até que haja provas?

Já ouvi dizer que é no recém-nascido que a fisiologia e a psicologia constituem uma unidade (John Davis)[2]. É um bom começo. A psicologia é uma extensão gradual da fisiologia. Não há necessidade de brigas quanto à data desta transformação, pois poderia ser variável de acordo com os acontecimentos. No entanto, a data de nascimento poderia ser considerada como um momento em que grandes transformações se operam neste campo, de modo que o bebê prematuro pode estar em muito melhores condições psicológicas numa incubadeira, onde um bebê pós-maduro não estaria bem, pois precisaria de braços humanos e contato corporal.

Dentre as teses que defendo, há uma especial: a de que as mães, a não ser que estejam psiquiatricamente doentes, se preparam para a sua tarefa bastante especializada durante os últimos meses de gravidez, mas que gradualmente voltam ao seu estado normal nas semanas e meses que se seguem ao processo de nascimento. Já escrevi muito sobre este assunto, sob o título "preocupação materna primária". Neste estado, as mães se tornam capazes de colocar-se no lugar do bebê, por assim dizer. Isto significa que elas desenvolvem uma capacidade surpreendente de identificação com o bebê, o que lhes possibilita ir ao encontro das necessidades básicas do recém-nascido, de uma forma que nenhuma máquina pode imitar, e que não pode ser ensinada. Posso tomar tal fato como certo quando vou além e afirmo que o protótipo de todos os cuidados com os bebês é o ato de segurá-los? E o que quero dizer é segurados por uma pessoa. Tenho consciência de estar esticando o significado do termo "segurar", mas sugiro tratar-se de uma afirmação econômica e suficientemente verdadeira.

Um bebê a quem seguram bem é muito diferente de outro, cuja experiência de ser segurado não foi muito positiva. Nenhuma observação a respeito de qualquer bebê tem, para mim, qualquer valor, a menos que se descreva expressamente de que maneira

2. Um pediatra que foi colega deWinnicott no Hospital Infantil de Paddington Green. (N. Orgs.)

o seguram. Por exemplo, acabamos de ver um filme a que atribuo um valor muito especial. Vimos o Dr. MacKeith segurando aquele bebê que caminhava, para ilustrar a fase em que uma criança começa a andar. Caso vocês tenham observado a língua do Dr. MacKeith, terão percebido o quão cuidadoso e sensível ele estava sendo, e que o bebê não estava se comportando da mesma forma que estaria se alguma outra pessoa o estivesse segurando. Acho que os pediatras, em geral, são pessoas capazes de se identificar com o bebê e segurá-lo, e talvez seja esta capacidade de identificação que atraia as pessoas para a pediatria. Parece-me que vale a pena mencionar aqui este aspecto tão óbvio, pois às vezes descrevem-se grandes variações na forma como um bebê se comporta, e acho que sempre deveríamos ter um filme de quem está realizando a pesquisa, para que pudéssemos julgar por nós mesmos se era alguém que sabia o que o bebê estava sentindo naquele momento. A razão pela qual esta característica especial dos cuidados aos bebês deve ser mencionada, mesmo resumidamente, é que angústias muito fortes são experimentadas nos estágios iniciais do desenvolvimento emocional, antes que os sentidos estejam organizados, e antes que ali exista algo que possa ser chamado de um ego autônomo. Na verdade, a palavra "angústia" é inútil, pois o tipo de aflição que o bebê sente neste estágio é muito parecido ao que se encontra por trás do pânico, e o pânico já é uma defesa contra a agonia que faz com que as pessoas se suicidem, em vez de reverem o seu passado. Usei aqui uma linguagem propositalmente forte. Consideremos dois bebês: um a quem se segurou muito bem (no sentido amplo que dou ao termo "segurar"), não havendo nada que impeça um rápido desenvolvimento emocional, de acordo com as tendências inatas. O outro não passou pela mesma experiência, isto é, não o seguraram suficientemente bem, e o resultado é que o seu desenvolvimento teve de ser deturpado e protelado, e algum grau da primitiva agonia estará sempre presente ao longo de sua vida. É possível dizer que, na experiência comum de segurar adequadamente o bebê, a mãe foi capaz de atuar como um ego auxiliar, de tal forma que o bebê teve um ego desde o primeiro instante, um ego muito frágil e pessoal, mas impulsionado pela adaptação sensível da mãe, e pela capacidade desta em identificar-

se com seu bebê no que diz respeito às suas necessidades básicas. A criança que não passou por esta experiência ou precisou desenvolver prematuramente o seu ego, ou, talvez, tenha se tornado extremamente confusa.

Acho que devo fazer uma afirmação crua, pois não é necessariamente verdade que as pessoas experientes quanto aos aspectos físicos têm um bom conhecimento teórico de psicologia. Na psicologia do desenvolvimento emocional os processos de maturação do indivíduo precisam de um ambiente de facilitação para que possam concretizar-se. Este ambiente de facilitação torna-se rapidamente muito complexo. Só um ser humano pode conhecer um bebê de forma a possibilitar uma complexidade de adaptação cada vez maior, e graduada de acordo com as transformações das necessidades dos bebês. A maturação nos estágios iniciais e, na verdade, ao longo de toda a vida é muito mais uma questão de integração. Não posso repetir pormenorizadamente aqui tudo o que já se escreveu sobre o desenvolvimento emocional primitivo, mas este tema abrange três tarefas principais: a integração do eu, a psique que habita o corpo e a relação objetal. Numa correspondência aproximada a estes três itens, temos as três funções da mãe: segurar, manipular e apresentar o objeto. Trata-se de um tema em si mesmo vastíssimo. Tentei apresentá-lo em meu ensaio "The First Year of Life"[3], mas no momento estou tentando não me distanciar do período do nascimento.

Vocês verão que estou tentando chamar a atenção para o fato de que os bebês são humanos desde o início, isto é, estou partindo do princípio segundo o qual eles possuem um sistema eletrônico adequado. Sei que, aqui, não é necessário que eu chame a atenção para o fato de que os bebês são humanos. Este é o denominador comum da psicologia que a pediatria assimilou, e com certeza considero o Dr. Gaddini como um pediatra que acredita particularmente que os bebês sejam humanos.

É difícil encontrar uma forma de determinar os primórdios das pessoas. Poder-se-ia dizer que, se alguém ali se encontra para juntar experiências, confrontá-las, sentir e estabelecer distinções entre os sentimentos, ficar apreensivo no momento adequado e começar a organizar defesas contra o sofrimento mental, então é possível afirmar, como faço, que o bebê É, e que o seu estudo, a partir deste ponto, precisa incluir a psicologia. (Veja o capítulo 5.)

3. No livro *The Family and Individual Development*, Londres, Tavistock Publications, 1965.

Vocês certamente estão familiarizados com as diversas tentativas que estão sendo feitas para estudar o bebê através da observação direta. Quanto a isto, vou me limitar a fazer referência à bibliografia contida no final de um livro recente, *Determinants of Infant Behavior*[4], vol. 2. Não tratarei especificamente deste tipo de trabalho, e poder-se-ia perguntar: Por que não?, uma vez que a observação direta é necessária para fazer sentido àqueles (dos quais há muitos aqui) cujo campo de atividade é a ciência física. Mas, nestes poucos minutos de que disponho, eu preferiria tentar transmitir-lhes uma pequena parcela de minha experiência como psicanalista e psiquiatra infantil, a que cheguei há muito tempo, a partir de meu trabalho em pediatria.

De que forma a psicanálise pode contribuir para a psicologia do recém-nascido? Obviamente, muito poderia ser dito, aqui, sobre a estranheza dos comportamentos psiquiátricos da mãe, ou do pai; no entanto, para manter as coisas sob controle, em meu estudo do bebê partirei do princípio que os pais são saudáveis, e que o bebê é também fisicamente saudável.

O auxílio prestado pela psicanálise deu-se, em primeiro lugar, pela criação de uma teoria do desenvolvimento emocional — a única teoria, na verdade. No início da psicanálise, entretanto, os assuntos relativos à infância só apareciam na simbologia dos sonhos, no bojo da sintomatologia psicossomática e da atividade criativa. Gradualmente, a psicanálise foi ampliada, de modo a abranger até mesmo as crianças muito novas, digamos de dois anos e meio de idade. Isto, entretanto, não foi suficiente para o objetivo que temos em vista aqui, uma vez que as criancinhas de dois anos e meio estão, surpreendentemente, muito distantes de seus primeiros meses de vida, a menos que sejam doentes e imaturas.

4. Fundação Ciba, Londres, Tavistock Publications, 1961. (N. Orgs.)

Estou sugerindo que, do nosso ponto de vista aqui, o avanço mais importante da psicanálise é a ampliação do trabalho do analista que resultou no estudo de pacientes psicóticos. Tem-se constatado que, enquanto a psiconeurose leva o analista à meninice do paciente, a esquizofrenia leva-o ao início da infância, a um estágio em que a dependência do paciente é quase absoluta. Em resumo, nestes casos houve falhas do ambiente de facilitação num estágio anterior à aquisição, por parte do ego imaturo e dependente, da capacidade de organizar defesas.

Para restringir o campo ainda mais, o melhor paciente para o pesquisador que estuda a psicologia do bebê deste modo é o esquizofrênico limítrofe, isto é, aquele cuja personalidade funciona o suficiente para que ele possa ser analisado e passe pelo cansativo trabalho que se faz necessário quando a parte muito doentia da personalidade é posta em relevo. Posso fazer pouco mais do que apresentar-lhes a maneira pela qual um paciente muito regredido num tratamento analítico regular é capaz de enriquecer nossa compreensão do bebê. De fato, o bebê ali está, no divã, no chão ou em qualquer outro lugar, e a dependência está também ali, na plenitude de sua força; a atuação do psicanalista como ego auxiliar está em ação e a observação do bebê pode ser feita diretamente, a menos que o paciente seja um adulto que possui, naturalmente, um certo grau de sofisticação. Temos que levar em conta esta sofisticação que distorce o foco de nossa lente.

Quero que saibam que estou consciente das distorções, e que nada do que digo tem a intenção de provar alguma coisa, embora possa ser ilustrativo. Aqui estão dois exemplos de minha tentativa de mostrar que sei alguma coisa a respeito das *distorções*. No primeiro, temos um garoto esquizofrênico de quatro anos, que está sob os cuidados de seu pai e de sua mãe. Foi-lhe dada uma atenção muito especial, e como não se trata de um caso muito grave, ele está se recuperando aos poucos. Em minha sala, ele está brincando de nascer de novo de sua mãe. Ele estica as pernas dela, escorregando por sobre elas do colo até o chão; trata-se de algo que ele repete inúmeras vezes. É um jogo específico, derivado do relacionamento especial que ele mantém com a mãe, e que tem sua explicação no fato de ela ter se tornado uma enfermeira de uma criança mentalmente doente, e não uma

mãe. Agora, este jogo contém um simbolismo: liga-se a todas as coisas que as pessoas comuns e normais gostam de fazer, e também à maneira que o ato de nascer surge em sonhos. Mas será uma lembrança que este garoto tem do momento em que nasceu? Na verdade, trata-se de uma hipótese impossível, pois ele nasceu de uma cesariana. O que estou tentando dizer é que qualquer tentativa de examinar o passado, em um paciente, tem de ser corrigida o tempo todo, e sei disso, mesmo que o simbolismo seja convincente.

No segundo exemplo, temos uma mulher histérica "relembrando" o seu nascimento. Ela o relembra com muitos detalhes e tem sonhos angustiados; de fato, num dos sonhos o médico se aproxima, usando um fraque e uma cartola, e tem uma bolsa, e ela se lembra do que ele disse à sua mãe. Esta, naturalmente, é uma distorção histérica típica, embora não exclua a possibilidade de que esta mulher *também* estivesse às voltas com recordações verdadeiras de seu nascimento. Este tipo de material de sonho não pode ser utilizado nesta discussão, e naturalmente, como uma pessoa adulta, ela estava informada sobre processos de nascimento, além de ter vários irmãos que nasceram depois dela.

Em contraste, posso apresentar uma descrição de uma criança de dois anos representando o papel de sua nova irmãzinha que estava nascendo. Ela estava tentando estabelecer um novo relacionamento com a irmã. Havia uma coisa específica que precisávamos fazer. Ela entrou sabendo o que queria, colocou-me no assoalho entre os brinquedos e tive que ser "ela própria". Em seguida saiu e foi até a sala de espera onde seu pai se encontrava, trazendo-o até a sala onde estávamos (poderia ter sido a mãe, mas quem lá estava era o pai), sentou-se em seu colo e passou a representar o nascimento do bebê. Para tanto, começou a movimentar-se para lá e para cá no colo do pai, por cujas pernas deslizou, em seguida, até o chão, dizendo: "Sou um bebê!" Depois, passou a observar-me, e me atribuiu uma função específica. Passei a representar o seu papel, ela me dizia mais ou menos o que fazer, e tive que ficar muito zangado, derrubar os brinquedos e dizer: "Não quero uma irmãzinha!", e todo este tipo de coisas. A representação prosseguiu, repetindo-se muitas vezes. Vejam como foi fácil para esta garotinha representar o

processo de nascimento lançando-se ao chão, o que ela fez por mais ou menos dez vezes, e quando o pai não agüentava mais ela começou a nascer da parte superior de sua cabeça; naturalmente que isto não o deixou muito incomodado, pois é um professor e tem muito boa cabeça.

Vou, agora, tentar desenvolver uma atividade. Eu poderia ter-lhes pedido que olhassem uma das ilustrações do livro a que me referi, *Determinants of Infant Behavior*, mas pudemos vê-la num dos filmes que projetamos: o Reflexo de Moro*. Nestes filmes que vimos (de qualquer forma, vocês todos estão muito familiarizados com o assunto, e não preciso descrevê-lo aqui) pudemos perceber que quando a cabeça do bebê perde o apoio, ele reage de modo previsível. Aqui está um pormenor daquilo que chamo de *maternagem insuficiente*, isolada para fins de estudo científico. Isto é exatamente aquilo que uma mãe *não* faria ao seu bebê. Quero dizer que a razão pela qual os médicos não são esbofeteados quando o fazem aos bebês é que são médicos, e as mães têm medo dos médicos. É claro que um Reflexo de Moro não perturba a psicologia de um bebê, mas se fôssemos considerar uma mãe que se interessasse muito pelo Reflexo de Moro, e a cada vinte minutos erguesse o bebê e deixasse sua cabeça pender para ver o que aconteceria, este bebê com certeza não teria uma mãe suficientemente boa. Trata-se, então, exatamente daquilo que uma mãe não faria a seu filho. Se, por um lado, uma mãe pode não ter palavras para descrever o que sente por seu bebê, por outro ela o aninha em seus braços sempre que o levanta.

Pretendo, agora, examinar o tratamento analítico de uma paciente. Esta mulher precisou passar por uma regressão profunda e prolongada até a dependência. Seu tratamento durou muitos e muitos anos, dando-me uma oportunidade única de observar o período inicial da vida de uma criança manifestando-se em um adulto. O bebê que está sendo submetido a um Reflexo de Moro não tem condições de falar sobre o que aconteceu. Quando, por outro lado, a mulher se recupera de cada fase de profunda regressão, o que temos diante de nós é um adulto, informado e sofisticado. Ela é capaz de falar. Temos que levar em conta a complicação provocada pelo fato de ela não ser apenas um bebê, mas também uma pessoa sofisticada.

* Reflexo de Moro (médico alemão, 1874-1951): resposta reflexa de uma criança, com a contração dos músculos dos membros e do pescoço, quando perde subitamente o apoio ou se assusta com um súbito barulho ou solavanco. (N.T.)

No estágio muito primitivo de desenvolvimento emocional a que esta mulher regrediu existe uma idéia muito simples do eu. De fato, com uma maternagem suficientemente boa, basta que existam os rudimentos de uma idéia do eu, ou, eu diria, absolutamente nenhuma. O ato de segurar mal uma criança (ou a falha do meio ambiente que elicia o Reflexo de Moro) força-a a ter uma consciência prematura para a qual não está bem equipada. Se o bebê pudesse falar, diria: "Aqui estava eu, desfrutando uma continuidade de ser. Não tinha nenhuma idéia sobre a melhor forma de representação gráfica do meu eu, mas poderia ter sido um círculo." (Interrompendo o bebê neste ponto, parece-me que os fabricantes das bolas que são vendidas nos parques, nas segundas-feiras de Páscoa — acontece o mesmo na Inglaterra —, se esquecem de que as crianças gostam mesmo é de uma esfera simples que não obedeça às leis da gravidade. Elas não querem orelhas e narizes com coisas escritas, e todo esse tipo de coisas.) "Uma representação gráfica do meu eu poderia ter sido um círculo" (quem fala é o bebê) "De repente, duas coisas terríveis aconteceram: a continuidade de meu ser, que é tudo que possuo atualmente em termos de integração pessoal, foi interrompida, e esta interrupção resultou do fato de eu ter tido que existir em duas partes, um corpo e uma cabeça. A nova representação gráfica de mim mesmo, que fui subitamente forçado a fazer, tinha dois círculos desconexos, em vez do círculo sobre o qual eu nem mesmo tinha que saber nada, antes que essa coisa terrível acontecesse." O bebê está tentando descrever uma cisão na personalidade, e também a consciência prematura resultante do fato de sua cabeça ter ficado pendida.

O fato é que o bebê foi submetido a um sofrimento mental, e é exatamente este sofrimento mental que o esquizofrênico leva consigo como uma memória e uma ameaça, e que faz do suicídio uma razoável alternativa para a vida.

Ainda não encerrei o relato sobre minha paciente. Vocês po-

derão perguntar por que motivo há, nela, um impulso de regressão à dependência, e devo inicialmente responder a esta pergunta. No chamado caso "limítrofe" há um impulso para dar continuidade ao desenvolvimento emocional que foi interrompido. Não há como recordar experiências muito primitivas, a não ser vivenciando-as novamente, e como estas experiências foram por demais dolorosas na época (uma vez que surgiram quando o ego estava desorganizado, e o ego auxiliar da mãe estava imperfeito), o ato de vivenciá-las de novo deve ocorrer em uma situação cuidadosamente preparada e testada, como no contexto propiciado pelo psicanalista. Além do mais, o analista ali se encontra pessoalmente, de tal forma que, quando tudo corre bem, o paciente tem alguém a quem odiar pela falha original do ambiente de facilitação que deturpou os processos de maturação.

No caso específico desta paciente, muitos pormenores dos primeiros meses de vida afloraram e puderam ser discutidos com ela. Acontece que, neste caso, fiz uma coisa muito rara em minha prática. Num determinado momento da psicanálise deste caso pouco comum, vi-me sentado no divã, ao lado da paciente, e com sua cabeça em minha mão. Este contato direto é muito raro na prática psicanalítica, e fiz esta coisa muito imprópria, que absolutamente não faz parte da psicanálise. Testei o que aconteceria se eu simplesmente deixasse sua cabeça pender para ver se o seu Reflexo de Moro se manifestaria. É claro que eu sabia o que iria acontecer. A paciente sofreu uma agonia mental muito intensa, que se deveu ao fato de ter sido dividida em duas, e a partir daí pudemos finalmente prosseguir e tentar descobrir o significado psicológico da agonia mental. Ela acabou sendo capaz de me deixar saber o que havia acontecido ao seu ego de bebê; ensinou-me que o círculo se transformou em dois círculos naquele momento, e a experiência foi um exemplo de uma cisão na personalidade, provocada por uma falha específica do ambiente de facilitação, uma falha que resultou no aumento indevido do ego.

É muito raro que eu tenha uma oportunidade de fazer este tipo de teste, pois meu trabalho como terapeuta é não incidir exatamente nestes erros ou falhas que provocam um sofrimento mental intolerável. Não posso sacrificar um paciente sobre o altar da ciência. No entanto o terrível é que, com o passar do tempo, acabamos cometendo todos os erros simplesmente por sermos humanos, de tal forma que os testes são realizados, e lidamos com os resultados da melhor forma possível. No começo que citei fiz, deliberadamente, um teste.

A partir deste pormenor, é possível ver que o Reflexo de Moro *pode ou não* depender da existência de um arco reflexo. Estou simplesmente afirmando que não é necessário. Não *precisa* haver um substrato neurológico, ou seja, a reação pode ser neurofisiológica e psicológica. Uma pode transformar-se na outra. O que estou sugerindo é que não é seguro ignorar a psicologia quando se está à procura de uma explicação completa.

Estas agonias muito primitivas são poucas. Incluem, por exemplo, a sensação de queda no vácuo, e todos os tipos de desintegração e coisas que geram uma desunião entre a psique e o corpo. É fácil perceber que estas questões dizem respeito ao avanço no desenvolvimento emocional que ocorre quando está presente uma maternagem suficientemente boa — movimento de avanço do desenvolvimento emocional do bebê. E ao mesmo tempo, em termos de esquizofrenia, há um movimento de retrocesso. O esquizofrênico tem um impulso de entrar em contato exatamente com os processos que danificam o impulso para frente da fase mais inicial, relativa ao período neonatal. Esta forma de ver a esquizofrenia contribui tanto para a compreensão dela própria quanto para a compreensão dos bebês.

Ainda há muito por realizar no que diz respeito ao tema das lembranças do nascimento e o significado que tem, para o bebê, a experiência de nascer. Não disponho do tempo necessário para desenvolver este tema aqui. Quero, porém, relatar o sonho de uma garota esquizofrênica cujo nascimento foi muito difícil. Antes, no entanto, devo fazer algumas considerações sobre um parto normal — isto é, psicologicamente normal — em que o trauma psicológico é mínimo. Num parto normal, do ponto de vista do bebê, ele próprio possibilitou a ocorrência do nascimento, porque estava preparado para o evento. Por meio de esforços convulsivos, por uma necessidade de respirar ou por algum outro motivo, o bebê fez alguma coisa, de tal forma que, sob seu ponto de vista, o nascimento é algo "realizado pelo be-

bê". Acho que isso não só é normal, como também comum. Estes fatos auspiciosos não se manifestam em nossos tratamentos analíticos tanto quanto o fazem no simbolismo, nas invenções criativas e nas brincadeiras. O que surge durante o tratamento é *a coisa que não deu certo*, e uma destas coisas é a demora, que parece infinita, pois não há nenhuma razão para que o bebê esteja na expectativa de um resultado.

Volto, agora, à garota esquizofrênica à qual dediquei 2.500 horas de meu tempo. Ela tinha um QI excepcionalmente elevado — creio que algo em torno de 180 — e ao começar seu tratamento perguntou-me se eu a capacitaria a suicidar-se por um motivo justo, e não por um motivo impróprio. Quanto a isto, falhei: quando ela teve este sonho, encontrava-se no ponto em que reexperimentava o parto, com todas as distorções de que é capaz uma mulher adulta e muito inteligente. Tinha uma mãe extremamente neurótica, e há evidências de que havia sido despertada para a consciência (se tal coisa, como creio, é possível) poucos dias antes do nascimento, devido a um grave choque sofrido pela mãe. Além disso, o parto complicou-se por uma placenta prévia não descoberta com suficiente antecedência. Esta garota começara a viver com "o pé errado" e não conseguiu jamais acertar o passo.

Em meio a esta nova tentativa que fazia de dar conta dos efeitos disso tudo, ela pediu que eu lhe emprestasse o meu exemplar do livro *Trauma of Birth*, de Rank. Como podem ver, mais uma complicação. Todas estas complicações têm de ser aceitas no tipo de trabalho que estou relatando, e levadas em consideração. Uma noite após ter lido o livro ela teve um sonho que considerou extremamente significativo, e creio que vocês verão que, de fato, o era. Para o analista, tais sonhos são arroz com feijão. Se vocês estiverem familiarizados com os sonhos, verão como este sonho específico inclui uma afirmação da confiança que ela depositava em mim — o analista — como a pessoa que a segurava, isto é, que cuidava de seu caso e a analisava. O sonho também oferece um quadro de seu permanente estado paranóide, sua vulnerabilidade, sua inexperiência essencial, contra o que ela havia organizado todas as formas de defesa possíveis. A esta altura, um psicanalista chamaria a atenção para o fato

de que há inúmeros determinantes deste sonho que possivelmente não se situem, em sua origem, na ocasião em que se deu o nascimento. Estou, no entanto, apresentando-lhes este sonho a título de ilustração. Aqui está a concepção que minha paciente tinha de ter acabado de nascer:

Ela sonhou que estava sob uma pilha de cascalho. Seu corpo todo, à superfície, estava extremamente sensível, num grau de sensibilidade quase impossível de ser imaginado. Sua pele queimava, o que era a sua forma de afirmar a sua extrema sensibilidade e vulnerabilidade. Ela queimava por inteiro. Sabia que, se chegasse alguém e *lhe fizesse qualquer coisa*, a dor, tanto física quanto mental, se tornaria simplesmente impossível de tolerar, e tinha conhecimento do perigo que seria se alguém chegasse, retirasse o cascalho e tentasse curá-la; a situação era insuportável. Ela enfatizava que, junto a isso, havia sentimentos intoleráveis, comparáveis àqueles que acompanharam sua tentativa de suicídio. (Ela tentara suicidar-se duas vezes, o que mais tarde acabou conseguindo fazer.) Disse: "Era impossível continuar suportando qualquer coisa, o horror absoluto de ter um corpo, e a mente, já por demais saturada. Era o conjunto da coisa, o montante da tarefa, que tornava tudo tão impossível. Se pelo menos as pessoas me deixassem sozinha, e não ficassem atentas a mim." No entanto, o que aconteceu no sonho foi que alguém chegou e derramou óleo sobre o cascalho no interior do qual ela se encontrava. O óleo penetrou, chegou à sua pele e a cobriu. Ela foi então deixada sem qualquer tipo de interferência por três semanas, ao fim das quais o cascalho pôde ser removido sem dor. Havia, contudo, uma área ferida entre os seus seios, "uma área triangular que não havia sido alcançada pelo óleo — da qual surgia algo semelhante a um pequeno pênis ou cordão. Foi preciso dar atenção a isso, e naturalmente foi um pouco doloroso, mas bastante tolerável. Simplesmente, não tinha importância, e alguém o retirou".

A partir deste sonho, creio que vocês podem ter (entre muitas outras coisas) uma idéia de como poderia parecer, a uma pessoa, o fato de ter acabado de nascer. Este não foi um daqueles partos que chamo de normais, devido à consciência prematura resultante de demoras no processo de nascimento.

Sei bem que algumas pessoas acharão esta abordagem pouco convincente. No entanto, tentei chamar a atenção para o trabalho que está sendo realizado, do qual vocês poderiam não ter ouvido falar, uma vez que faz parte de uma disciplina de natureza diferente da que praticam. A teoria da esquizofrenia enquanto anulação dos processos de maturação que ocorrem nas fases iniciais da infância tem muito a ensinar ao psiquiatra; acredito que também tenha muito a ensinar ao pediatra, ao neurologista e ao psicólogo, a respeito dos recém-nascidos e suas mães.

1964

5. AS ORIGENS DO INDIVÍDUO

Em uma carta para o Times, de 3 de dezembro de 1966, o Dr. Fisher[1] levantou, mais uma vez, a seguinte questão: quando o indivíduo tem início? Evidentemente ele estava lidando com o ponto de vista da Igreja Católica, segundo o qual o aborto é um assassinato. O principal da carta era que, com certeza, o momento óbvio no qual tem início o indivíduo é o momento em que ele nasce. Trata-se de um ponto de vista que muitos poderiam compartilhar, mas que parece pedir uma exposição dos diferentes estágios de desenvolvimento que poderiam ser utilizados numa discussão deste tipo.

Aqui está, então, uma periodização do desenvolvimento que pode ser usada, e que certamente pode ter o seu alcance ampliado. Parece ser necessário aceitar um certo grau de economia na utilização dessas idéias, através da referência a todos os fenômenos físicos e psicológicos relevantes.

(1) *O ato de conceber mentalmente*. O início das crianças se dá quando elas são concebidas mentalmente. É um fato que se manifesta no brincar de muitas crianças de qualquer idade, após os dois anos. Faz parte do material de que se constituem os sonhos e muitas outras ocupações. Após o casamento, há um período em que a idéia de filhos começa a se formar. É desnecessário dizer que o ato de desejar crianças não é, por si só, ca-

1. Na época, Arcebispo de Canterbury. (N. Orgs.)

paz de produzi-las, e disto temos um triste exemplo em "Dream Child", de Charles Lamb, em *The Essays of Elia**.

(2) *A concepção.* É um fato físico. A concepção depende da fertilização de um óvulo e de seu alojamento firme no endométrio do útero. Não existe um único caso conhecido de partenogênese, a não ser na mitologia. Em alguns casos raros, a concepção ocorre fora do útero, no saco peritoneal. Pode-se dizer que a psicologia da concepção diz respeito a um ou outro destes casos, ou seja: ou a idéia de concepção resultou em concepção, ou a concepção deu-se por acidente. É provável que devamos considerar normal que o filho seja resultado de um pequeno acidente, e que é uma atitude sentimental dar muita importância ao fato de que a criança seja concebida a partir de um desejo consciente. Há, de fato, muitas coisas a serem ditas a favor da teoria da concepção como um pequeno acidente, que deixa os pais inicialmente surpresos, quando não aborrecidos, devido aos imensos distúrbios que tal fato traz para as suas vidas. É um desastre que só se transforma em seu contrário em circunstâncias favoráveis, quando os pais, rápida ou lentamente, chegam à conclusão de que este é exatamente o desastre de que precisam.

(3) *O cérebro como órgão.* O estágio seguinte é necessariamente indefinido, e poderia ser dividido em vários subestágios. Seria lógico determinar a idade exata em que é perigoso que a mãe contraia rubéola; em outras palavras, o período que vai, mais ou menos, dos dois aos três meses, quando há um desenvolvimento muito rápido no início das transformações que culminarão na existência de um cérebro. É algo muito diferente considerar uma criança como um ser humano antes que exista um cérebro, e pensar nela como um ser humano uma vez que um cérebro esteja anatomicamente presente. Estes argumentos, naturalmente, não afetarão aqueles que têm um enorme viés emocional que os leva a crer na idéia de que o ser humano começa

* Charles Lamb publicou, sob o pseudônimo de Elia, de 1820 a 1825, uma admirável série de ensaios, *The Essays of Elia*, que são os mais famosos da literatura inglesa. No ensaio "Dream Child" o autor, um homem solteiro, conversa com duas crianças imaginárias ao redor de uma solitária lareira. (N.T.)

à época da fertilização do óvulo, com ou sem o seu alojamento em um meio adequado. A consideração deste estágio leva à discussão a respeito de ser ou não humana uma criança que nasce anencefálica, e existem amplas possibilidades de desacordo quanto ao *status* das crianças com diferentes graus de deficiências mentais baseadas no desenvolvimento deficiente do mecanismo de computação da criança. Na prática, não temos dúvidas de que algumas crianças retardadas sejam humanas, mas podemos deparar-nos com graus de retardamento que nos fazem desejar que tivéssemos uma categoria de retardamento que nos permitisse não classificar uma criança como ser humano. Emoções muito fortes podem surgir em qualquer discussão, quer a respeito da existência de tal região limítrofe, quer sobre a classificação de crianças em seu âmbito.

(4) *Sinais de vida.* Entre (3) e (5) surge a evidência de que o feto está "vivo e chutando". No entanto, este fato, que tem importância para os pais, não faz parte desta seqüência, uma vez que não é constante. É variável quanto ao seu tempo de ocorrência, e pode acontecer ao lado de qualquer grau de deficiência no desenvolvimento do tecido cerebral.

(5) *Viabilidade.* Em algum estágio, pode-se afirmar que a criança não-nascida é viável, no sentido de que, se ela nascer prematuramente, há uma possibilidade de sobrevivência. Esta depende, em grande parte, das condições ambientais. Têm nascido crianças de seis meses, e através de cuidados médicos e de enfermagem tem-se conseguido que elas cheguem àquilo que pareceria normal à época em que deveriam ter nascido. Há muitos estudos sobre a história subseqüente de crianças prematuras, mas para fins desta exposição deve-se considerar que, se uma criança nascida aos seis meses tornou-se saudável, então teoricamente a viabilidade situa-se aos seis meses, e para muitos este parece ser um estágio muito importante em qualquer discussão sobre as origens do indivíduo.

(6) *A psicologia torna-se significativa.* Em algum estágio do desenvolvimento do ser humano saudável dá-se uma transfor-

mação que só pode ser descrita afirmando-se que, à anatomia e fisiologia, vem somar-se a psicologia. O cérebro como órgão torna possível o registro das experiências e a acumulação de dados, bem como os primórdios de uma separação e classificação dos fenômenos. Palavras como *frustração* começam a ter um significado, no sentido de que o bebê é capaz de ter, em sua mente, a noção de que algo era esperado, mas que a expectativa não se realizou plenamente. A partir desta espécie de relato descritivo podem-se encontrar provas da existência de um indivíduo, antes do processo de nascimento. Isto deve ser objeto de debate em qualquer discussão, mas o psicanalista, mais que qualquer outro tipo de observador atento, encontra-se numa posição que lhe permite afirmar, a partir de sua experiência clínica, que a vida psicológica do indivíduo não tem início exatamente no momento em que ele nasce. A maneira mais fácil de abordar este problema é levar em consideração o contraste entre nascimentos prematuros e pós-maturos. O psicanalista é levado a concluir que o momento certo do nascimento, no sentido psicológico, é o momento do parto a termo, no qual, fisiologicamente, pode-se também afirmar que chegou a hora de o bebê abandonar o útero. É até mesmo possível formular a idéia de um parto normal, isto é, que aconteça no momento exato, do ponto de vista da criança, de tal forma que ela seja capaz de sentir todo o processo como algo natural, na medida da organização mental existente nesta ocasião. Seria excessivamente complicado levar em consideração, aqui, os diferentes tipos de traumas de nascimento, embora eles também possam ajudar a esclarecer este difícil problema. É mais fácil lançar mão das imensas diferenças psicológicas que podem ser observadas entre as crianças prematuras e pós-maturas. Em resumo, para a criança prematura a incubadeira é um meio ambiente natural, ao passo que, para uma criança pós-matura, que talvez já tenha nascido frustrada e com o polegar na boca, uma existência no interior de uma incubadeira é um equívoco. Este tema poderia ser amplamente desenvolvido, mas a conclusão principal é que a observação feita pelo Dr. Fisher a respeito do nascimento como início do indivíduo carece de uma maior elaboração.

(7) *O nascimento.* Este é o momento escolhido pelo Dr. Fisher, em sua carta, e talvez ele diga mais respeito à transformação que se dá na mãe ou nos pais do que à transformação que se dá na criança. Fisiologicamente, as transformações que o nascimento acarreta são, como se sabe, imensas, mas não é necessário pensar que algo tão memorável quanto o início do indivíduo esteja estritamente ligado ao processo de nascimento. Neste tipo de discussão, é provável que tenhamos que deixar de lado esta idéia. O argumento a favor da inclusão do processo de nascimento aqui é a imensa transformação que se dá na atitude dos pais. A criança poderia ter nascido morta, quando não monstruosa, mas aqui está o bebê, reconhecido por todos como um indivíduo.

(8) *EU — não-EU.* A partir deste ponto, a fisiologia pode ser entregue aos seus próprios cuidados. Ela inclui fatores genéticos que determinam a tendência para a maturação do indivíduo, e pode ser afetada por processos mórbidos, que podem ou não ocorrer. Não se discutiria se uma criança é ou não um indivíduo se uma encefalite, por exemplo, produzisse uma distorção do processo de desenvolvimento. Portanto, a discussão encontra-se agora nos domínios da psicologia, mas existem dois tipos de psicologia. A psicologia acadêmica, como podemos chamá-la, ocupa-se dos fenômenos físicos. A psicologia que, para nós, tem relevância aqui ocupa-se dos fatores emocionais, da estruturação da personalidade e da jornada progressiva e gradual que vai da dependência absoluta à independência, passando por uma fase de dependência relativa. Uma grande parte depende dos recursos ambientais, de tal forma que é impossível descrever um bebê ou uma criança pequena sem que se inclua uma descrição dos cuidados que ela recebe, e que só gradualmente vão se transformando em algo separado do indivíduo. Em outras palavras, os processos de maturação, facilitados de uma forma extremamente complexa pelos seres humanos que cuidam do bebê, terminam por fazer com que a criança repudie o que é o *não-EU,* vindo a constituir o *EU.* Chega um momento em que, se a criança pudesse falar, diria *EU SOU.* Uma vez atingido este estágio, novos progressos precisam ser feitos para a sólida instituição do

estágio em que, inicialmente, alterna contatos renovados com o estágio mais primitivo no qual tudo está fundido, ou a partir do qual os diferentes elementos não foram adequadamente separados entre si. Há, aqui, um momento muito definido na vida de toda criança, embora possa ser difuso em termos do limite de tempo, no qual ela se deu conta de sua existência e tem algum tipo de identidade estabelecida, não na mente dos observadores, mas em sua própria mente. Este seria um bom momento para localizarmos o início do indivíduo, mas ele seria evidentemente considerado muito tardio, em qualquer discussão de cunho religioso.

(9) *Objetividade.* Juntamente com estas transformações que fazem parte do desenvolvimento do indivíduo, surge a capacidade da criança de, gradualmente, levar em consideração o fato de que, embora a realidade psíquica interior continue sendo pessoal (apesar de enriquecida pela percepção do meio ambiente), mesmo assim existe um ambiente e um mundo exterior a ela, que poderia ser chamado de verdadeiro. A diferença entre estes dois extremos é suavizada pela adaptação da mãe, dos pais e da família, bem como daqueles que cuidam do bebê e da criança pequena, mas a criança termina por aceitar o princípio de realidade, e muito se beneficia do fato de conseguir fazê-lo. Todas estas coisas são uma questão de desenvolvimento, e não ocorrem, necessariamente, no caso de qualquer criança cujas condições ambientais tenham sido confusas e desorganizadas. Aqui, novamente, estamos diante de um novo estágio, o qual, quando alcançado, produz uma resposta óbvia à pergunta: A criança já é um indivíduo?

(10) *Código moral.* Entrelaçado a estes fenômenos está o desenvolvimento de um código moral pessoal, um assunto que diz muito respeito aos professores religiosos. Nos dois extremos estão aqueles que não podem correr o risco, mas devem, desde o início, incutir na criança um código moral, e aqueles que tudo arriscam para permitir que o indivíduo desenvolva um código moral pessoal. A educação das crianças situa-se em algum ponto entre estes dois extremos, mas, tanto para a sociedade quanto

para os que costumam travar polêmicas religiosas, a teoria das origens do indivíduo deve levar em consideração o momento em que uma criança sente-se responsável por suas idéias e ações.

(11) *O brincar e a experiência cultural.* Poder-se-ia dizer que, como recompensa por uma combinação satisfatória de influências ambientais com os processos hereditários de maturação, acaba por firmar-se uma área intermediária que vem a ser de grande importância para a vida do indivíduo. Começa com atividades lúdicas muito intensas, que são uma característica exclusiva das crianças muito novas, e pode evoluir para uma vida cultural de infinita riqueza. Estas coisas, no entanto, pertencem à esfera da saúde e não podem ser consideradas como um fato. Na medida em que são verificáveis no caso de uma determinada criança, pode-se então afirmar que constituam uma parte importante deste indivíduo.

(12) *A realidade psíquica pessoal.* De acordo com suas experiências e capacidade de armazenar experiências, o indivíduo desenvolve uma capacidade de acreditar... ou confiar. De acordo com os recursos culturais imediatos, a criança será levada a uma crença nisso ou naquilo, ou em algo mais, mas o fundamento é a capacidade que se baseia na experiência acumulada, tanto de fatos como de sonhos. Embora sejam de enorme importância numa descrição do indivíduo, estes assuntos já são por demais sofisticados para que sejam incluídos numa discussão do tema aqui proposto, ou seja: quando tem início o indivíduo? Supõe-se, no entanto, que as pessoas interessadas nas origens estejam, também, interessadas no ponto que pode ser alcançado pelo indivíduo em seu desenvolvimento como ser humano.

6. O AMBIENTE SAUDÁVEL NA INFÂNCIA

Vocês[1] estão aqui para refletir sobre determinados problemas da infância, e trazem a este encontro, cada um de uma forma especial, uma experiência com bebês que se baseia em seu crescimento e desenvolvimento, bem como em distúrbios do desenvolvimento causados por fatores físicos. Pretendo falar sobre as dificuldades que independem de moléstias físicas. Para simplificar meu tema, tenho que admitir que, fisicamente, o bebê está bem. Creio que vocês não se aborrecerão pelo fato de eu chamar a atenção para os aspectos não físicos dos cuidados dispensados aos bebês, uma vez que, em sua prática, vocês estão o tempo todo lidando com estes problemas e seu interesse vai, necessariamente, além do campo da doença física propriamente dita.

Como vocês provavelmente sabem, comecei carreira como pediatra e me transformei, aos poucos, em psicanalista e psiquiatra infantil, e o fato de no início ter sido um médico voltado para problemas físicos teve uma grande influência sobre o meu trabalho. Tenho uma vasta experiência, o que se deve simplesmente ao fato de eu ter desenvolvido uma prática ininterrupta ao longo de quarenta e cinco anos, tempo suficiente para que alguém possa acumular um grande número de dados. Em meia hora não posso fazer muito mais que mencionar a teoria extremamente complexa do desenvolvimento emocional do ser humano como pessoa. O que devo fazer, entretanto, para meu próprio

1. Winnicott dirigia-se à Divisão de Pediatria da Sociedade Real de Medicina. Ver pp. 93-4. (N. Orgs.)

bem, é passar-lhes um pouco da intensidade de sentimentos que acumulei nestes quarenta e cinco anos.

É estranho, mas o treinamento que médicos e enfermeiras recebem quanto aos aspectos físicos é algo que, sem dúvida, faz desaparecer parte de seu interesse pelos bebês enquanto seres humanos. Eu mesmo, quando comecei, estava consciente de minha incapacidade de aplicar aos bebês minha empatia natural com as crianças. Eu tinha plena consciência de que isto era uma deficiência, e foi para mim um grande alívio quando aos poucos passei a ser sensível ao relacionamento do bebê com a mãe, ou do bebê com o pai. Creio que muitos daqueles que se especializaram em problemas físicos têm o mesmo tipo de bloqueio que eu tive, e é preciso um grande esforço de sua parte para que consigam estabelecer uma relação de afinidade com o bebê.

Para o pediatra é importante conhecer as questões inerentes aos seres humanos, tal como se manifestam no início da vida de um novo indivíduo, uma vez que, ao conversar com os pais, ele precisa saber a função importante que os mesmos têm. O médico entra em cena quando surge uma doença, mas os pais são importantes o tempo todo, independentemente de a criança estar doente. É muito difícil para os pais perceber que o médico que chamam com tanta confiança, quando a criança está com pneumonia, é cego a todas as coisas que eles fazem para adaptar-se às necessidades do bebê quando este não está doente. Por exemplo: a maior parte das dificuldades em alimentar o bebê não decorre de infecções ou impropriedades bioquímicas do leite, mas sim do enorme problema que toda mãe tem em adaptar-se às necessidades de um novo bebê. Ela tem que tomar suas próprias decisões e iniciativas, pois não existem dois bebês iguais, da mesma forma que também não há duas mães iguais, sendo que uma mãe nunca é a mesma com cada filho. A mãe não pode aprender a fazer as coisas que lhe competem a partir de livros, enfermeiras ou médicos. Ela pode ter aprendido muito a partir do fato de já ter sido criança, e também a partir da observação de outros pais com seus filhos, e do fato de ter ajudado a tomar conta de seus irmãos; acima de tudo, porém, ela aprendeu muitas coisas de importância vital quando, ainda muito novinha, brincava de pai e mãe.

É verdade que algumas mães conseguem obter uma ajuda limitada nos livros, mas não podemos esquecer que, se uma mãe se volta para um livro ou pessoa em busca de conselho, e tenta dessa forma aprender o que deve fazer, é válido perguntar se ela está à altura de suas funções. Seus conhecimentos têm de vir de um nível mais profundo, e não necessariamente daquela parte da mente onde há palavras para tudo. As principais coisas que uma mãe faz com o bebê não podem ser feitas através de palavras. Isto é óbvio demais, mas também é algo muito fácil de esquecer. Em minha longa experiência tive a oportunidade de conhecer muitos médicos, enfermeiras e professores que imaginavam poder dizer às mães o que elas deveriam fazer, e que passavam a maior parte do tempo dando instruções aos pais; observei-os, depois, quando também se tornaram pais e mães e tive com eles longas conversas sobre as suas dificuldades. Descobri que muitos precisavam esquecer tudo o que pensavam saber, e, até mesmo, tudo aquilo que vinham ensinando. Freqüentemente descobriam que as coisas que sabiam desta forma interferiam tanto, no início, que não conseguiam agir naturalmente com seu próprio primeiro filho. Aos poucos, conseguiam desprender-se desta camada inútil de conhecimentos ligados às palavras, e só então eram capazes de se envolver com aquele bebê.

Segurar e manipular

Os cuidados com as crianças giram em torno do termo "segurar", principalmente se permitirmos que seu significado* se amplie à medida que o bebê cresce e que seu mundo vai se tornando mais complexo. O termo pode incluir, com muita propriedade, a função do grupo familiar, e, de uma forma mais sofisticada, pode também ser empregado para caracterizar o trabalho com casos, tal como ele se dá nas profissões cuja característica básica é a prestação de cuidados.

* Segurar: Tornar seguro, firmar; amparar, impedir que caia, agarrar, conter, prender; garantir, afirmar, assegurar; tranqüilizar, serenar, sossegar; não se desfazer de, conservar; afirmar, garantir; apoiar-se, precaver-se. (N.T.)

No início, porém, é o ato físico de segurar a estrutura física do bebê que vai resultar em circunstâncias satisfatórias ou desfavoráveis em termos psicológicos. Segurar e manipular bem uma criança facilita os processos de maturação, e segurá-la mal significa uma incessante interrupção destes processos, devido às reações do bebê às quebras de adaptação.

Neste contexto, facilitação significa a existência de adaptação às necessidades básicas, e isto é algo que só pode ser feito por um ser humano. Uma incubadeira é adequada para o bebê prematuro, mas na data de seu nascimento o grau de maturidade do bebê já pede cuidados humanos, mesmo que, para a mãe, seja conveniente usar um berço ou carrinho. A mãe humana pode adaptar-se às necessidades de seu bebê neste estágio inicial, pois neste período ela não tem nenhum outro interesse.

A maioria dos bebês têm a sorte de serem bem segurados na maior parte do tempo. A partir daí, eles adquirem confiança em um mundo amigável, mas, o que é ainda mais importante, por terem sido segurados suficientemente bem, tornam-se capazes de atravessar bem todas as fases de seu desenvolvimento emocional muito rápido. A base da personalidade estará sendo bem assentada se o bebê for segurado de uma forma satisfatória. Os bebês não se recordam de que as pessoas os seguravam bem — no entanto, lembram-se da experiência traumatizante de não terem sido segurados de forma adequada.

As mães sabem destas coisas e não se preocupam com elas. Sentem-se fisicamente feridas quando alguém, talvez o médico que está fazendo um Reflexo de Moro, maltrata seu bebê diante de seus olhos.

Mau trato são as palavras que melhor expressam o efeito que tem, sobre uma criança, o fato de a segurarem mal, e pode-se mesmo dizer que a maior parte dos bebês atravessa as primeiras semanas ou meses sem serem maltratados. Em geral, e receio que isso seja verdade, os maus-tratos que ocorrem são provocados por médicos e enfermeiras que não estão, no momento, preocupados, como a mãe está, com a adaptação às necessidades básicas do bebê.

Tenham a certeza de que estes maus-tratos são muito significativos. Em nosso trabalho com crianças mais velhas e adultos

constatamos que eles contribuem para um sentimento geral de insegurança, e que o processo de desenvolvimento é retardado pelas reações aos maus-tratos, que fragmentam a linha contínua que é a criança.

A relação objetal

Ao lidar com a amamentação ou com a alimentação por mamadeira como pediatras, vocês estarão pensando em termos da fisiologia da amamentação ou da alimentação por mamadeira, e sob esse aspecto seus conhecimentos de bioquímica têm uma importância especial. Estou chamando a atenção de vocês para o fato de que, quando a mãe e o bebê chegam a um acordo na situação de alimentação, estão lançadas as bases de um relacionamento humano. É a partir daí que se estabelece o padrão da capacidade da criança de relacionar-se com os objetos e com o mundo.

Minha longa experiência me levou a perceber que o padrão para a relação objetal é assentado na primeira infância, e que mesmo as coisas que se passam no início são, de fato, muito importantes. É fácil demais pensar em termos de reflexos. Médicos e enfermeiras nunca deveriam cair na armadilha de pensar que, como os reflexos são um fato, não há nada além deles.

O bebê é um ser humano, imaturo e extremamente dependente, e também um indivíduo que está tendo e armazenando experiências. Isto tem uma enorme importância prática para todos que se ocupam dos estágios iniciais. Um número realmente alto de mães seria capaz de instituir a amamentação se os médicos e enfermeiras dos quais são tão dependentes pudessem aceitar o fato de que esta tarefa só pode ser adequadamente realizada pela mãe. Ela pode ser bloqueada e pode ser ajudada se lhe dermos apoio em todos os outros aspectos. Ela não pode ser ensinada.

Há coisas muito sutis que a mãe sabe por intuição e sem qualquer apreciação intelectual daquilo que está acontecendo, às quais ela só pode chegar se a deixarmos com toda a responsabilidade neste campo específico. Ela sabe, por exemplo, que o *não alimentar* constitui a base do *alimentar*.

Quando uma enfermeira exasperada empurra o mamilo da mãe ou o bico da mamadeira na boca do bebê, ativando um reflexo, configura-se um mau trato, ou, como eu talvez possa dizer, uma espécie de violação. Por si própria, nenhuma mãe faria isso.

Muitos bebês precisam de um período de tempo antes de começarem a buscar, e quando encontram um objeto não vão querer, necessariamente, transformá-lo de imediato em uma refeição. Eles querem explorá-lo com as mãos e a boca, e talvez queiram prendê-lo com as gengivas. Ocorre, neste caso, uma enorme gama de variações, de acordo com o bebê e a mãe.

Este é o início não só da alimentação, é o início da relação objetal. A totalidade do relacionamento deste novo indivíduo com o mundo real tem que se basear na forma como as coisas se iniciam e no padrão que se desenvolve gradualmente, de acordo com a experiência que faz parte deste relacionamento humano entre o bebê e a mãe.

Estamos novamente diante de um tema muito vasto, que diz respeito até mesmo aos filósofos, uma vez que temos de aceitar o paradoxo de que aquilo que o bebê cria já se encontrava ali, e que, na verdade, a coisa que o bebê cria é parte da mãe que foi encontrada.

O fato é que a coisa não estaria ali se a mãe não estivesse naquele estado especial que dá às mães condições de estarem presentes mais ou menos no momento e no lugar certos. Isto se chama adaptação às necessidades, que permite ao bebê descobrir o mundo de forma criativa.

O que podemos fazer se não somos capazes de instruir as mães quanto a estas questões de procedimento? O que podemos fazer como médicos e enfermeiras é *evitar interferências*. Trata-se de algo realmente simples. Temos que saber qual é a nossa especialidade, e temos que saber exatamente de que forma as mães realmente necessitam de cuidados de médicos e enfermeiras. De posse deste conhecimento, facilmente deixamos a cargo da mãe exatamente aquilo que ela é capaz de fazer sozinha.

Quando estamos tratando de crianças mais velhas e de adultos, descobrimos que grande parte dos distúrbios com os quais temos de lidar, em termos de distúrbios da personalidade, acabam por se mostrar evitáveis; em geral, trata-se de problemas que foram causados por médicos e enfermeiras, ou por concepções médicas errôneas. Descobrimos inúmeras vezes que, se um médico, enfermeira ou suposto auxiliar não tivesse interferido nos processos naturais extremamente sutis que dizem respeito ao relacionamento entre a mãe e o bebê, talvez os distúrbios do desenvolvimento pudessem ter sido evitados.

Naturalmente, à medida que o bebê fica um pouco mais velho, a vida vai se tornando cada vez mais complexa. As falhas de adaptação por parte da mãe são, elas próprias, uma adaptação à necessidade crescente da criança de reagir à frustração, de ficar zangada e lidar com a rejeição de tal forma que a aceitação se torne cada vez mais significativa e instigante. Em termos gerais, a mãe e o pai crescem com cada filho de uma forma muito sutil.

Muito rapidamente o bebê se transforma em uma pessoa facilmente identificável como humana, mas, na verdade, ele já tem sido humano desde que nasceu. Quanto mais cedo reconhecermos tal fato, tanto melhor.

Permitam-me abordar uma terceira área de procedimento.

O trato com as excreções

Inicialmente o bebê está muito envolvido com a ingestão. Isto inclui a descoberta de objetos e seu reconhecimento através da visão e do olfato, e o início da formação da constância do objeto*, com o que quero dizer que um objeto adquire importância em si, não simplesmente como um tipo de objeto ou como algo capaz de produzir satisfação.

Através do processo de crescimento e desenvolvimento emocional e da maturação, que acompanha o desenvolvimento do tecido cerebral, o bebê adquire uma visão mais ampla do tubo digestivo e do processo de alimentação. Digamos que, em suas primeiras semanas ou meses, o bebê se familiarizou muito com

* Constância do objeto: Tendência de os objetos continuarem perceptivelmente invariáveis, independentemente da grande variação nas condições de observação. (N.T.)

a ingestão, e que no mesmo período excretou fezes e urina. A ingestão foi complicada por todos os tipos de atividades além-fronteiras, que para o bebê enquanto pessoa não tiveram qualquer significado.

Por volta dos seis ou sete meses, o bebê é manifestamente capaz de estabelecer relação entre a excreção e a ingestão. O bebê, que está se tornando cada vez mais consciente, desenvolve um interesse pela parte interna de seu corpo, isto é, a área compreendida entre a boca e o ânus. O mesmo é verdade com relação à mente, de modo que, tanto na mente como no corpo, o bebê se tornou um recipiente.

A partir daí, há duas espécies de excreção. Uma delas é considerada nociva, e dizemos que é má; para dispor dela, o bebê precisa da mãe. A outra é considerada boa, e pode ser uma substância a ser oferecida como presente em um momento de amor. Estas sensações relativas à função são acompanhadas do desenvolvimento correspondente na mente e na psique.

A razão pela qual lhes pedimos que não interfiram quando os pais permitem que seus bebês encontrem sua própria maneira de se tornarem aquilo a que chamamos de "limpo" ou "enxuto" é que cada bebê precisa de tempo para estabelecer, com segurança, uma distinção entre a boa e a má substância, e para adquirir confiança quanto ao próprio ato de dispor daquilo que vai ser descartado.

A mãe sabe, de uma forma extremamente sensível, quais são os sentimentos de seu bebê com relação a essas coisas, pois, temporariamente, ela se encontra em sintonia com elas. Ela ajuda o bebê a livrar-se dos gritos, dos berros, dos chutes e das substâncias excretadas, e está pronta para receber os presentes de amor nos momentos em que estes estão disponíveis. Ela vai ao encontro do potencial do bebê, de acordo com a forma em que a potencialidade dele se manifesta no momento, e na fase exata do desenvolvimento em que ele se encontra.

O treinamento faz com que toda esta sutil comunicação entre o bebê e a mãe fique muito mais difícil e perturbe o padrão que vem se delineando rumo a uma capacidade harmoniosa de doação e de esforços construtivos.

Pior que a interferência através de um treinamento rigoroso é a interferência ativa e específica por meio da manipulação anal e uretral e de supositórios e clister. *Estes quase nunca são necessários,* e nunca é demais enfatizar que as pessoas que cuidam dos bebês devem se sentir livres para pôr em prática o respeito que têm pelas funções naturais do bebê.

É claro que existem mães e figuras maternas que não conseguem deixar que as funções naturais predominem, mas trata-se de exceções; de qualquer modo, não devemos basear nossas atitudes em coisas que, segundo nossa observação, são contrárias às leis da natureza, doentias e não-maternais.

Não posso provar a veracidade destas coisas, a não ser para aqueles que puderem me dar muito tempo para fazê-lo. No entanto, se vocês puderem acreditar em mim, então os convido a aceitar que a *profilaxia* é muito mais importante que o *tratamento* de distúrbios psiquiátricos (que tem sido o meu trabalho); trata-se de algo que pode ser posto em prática imediatamente, não se ensinando às mães como serem mães, mas levando médicos e enfermeiras a entenderem que *não devem interferir* nos mecanismos delicados que se revelam no estabelecimento das relações interpessoais como as que se dão entre o bebê e sua mãe.

INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE
BIBLIOTECA MADRE CRISTINA

7. A CONTRIBUIÇÃO DA PSICANÁLISE À OBSTETRÍCIA

Deve-se sempre lembrar que é a habilidade da parteira, baseada em um conhecimento científico dos fenômenos físicos, que dá às suas pacientes a confiança nela de que elas necessitam. Sem esta habilidade básica quanto ao aspecto físico, seus estudos de psicologia serão inúteis, pois ela não poderá substituir o conhecimento sobre o que fazer quando uma placenta prévia complica o processo de nascimento por um *insight* psicológico. No entanto, uma vez garantidos os conhecimentos e as habilidades necessárias, não há dúvida de que uma parteira aumentará em muito o seu valor se adquirir, também, uma compreensão de sua paciente como um ser humano.

O lugar da psicanálise

De que forma a psicanálise associa-se ao tema da obstetrícia? Em primeiro lugar, através de seu estudo minucioso dos pormenores de tratamentos longos e difíceis. A psicanálise está começando a projetar luz sobre todos os tipos de anomalias, tais como a menorragia, os abortos sucessivos, a náusea e o vômito do início da gravidez, a inércia uterina primária, e muitos outros problemas de ordem física que às vezes podem ter um conflito na vida emocional inconsciente do paciente como parte de sua causa. Muito tem sido escrito sobre estes distúrbios psicossomáticos. Aqui, no entanto, estou preocupado com outro aspecto da contribuição psicanalítica: tentarei indicar, em termos

gerais, o efeito das teorias psicanalíticas sobre as relações entre o médico, a enfermeira e a paciente, tendo em vista a situação do parto.

A psicanálise já resultou em uma grande mudança de ênfase, que pode ser claramente observada na atitude das parteiras atuais em comparação com as de vinte anos atrás. Atualmente é ponto pacífico que a parteira queira acrescentar, à sua habilidade básica e essencial, alguma avaliação da paciente como pessoa — uma pessoa que nasceu, já foi uma criança, brincou de pai e mãe, ficou apavorada com as mudanças decorrentes da puberdade, passou pela experiência dos impulsos recém-descobertos na adolescência, tomou decisões importantes, talvez tenha se casado e, por vontade própria ou acidentalmente, teve um filho.

Se a paciente estiver num hospital, ela estará preocupada com o lar para o qual deve retornar e, de qualquer forma, existe a transformação que o nascimento do bebê provocará em sua vida pessoal, em seu relacionamento com o marido, com seus pais e com seus sogros. Freqüentemente, também, podem ocorrer complicações em seu relacionamento com seus outros filhos, além de alterações dos sentimentos destes entre si.

Se nós todos nos tornarmos pessoas em nosso trabalho, este, então, se tornará muito mais interessante e compensador. Na situação em pauta, temos quatro pessoas a considerar, e quatro pontos de vista. Primeiro, há a *mulher*, que se encontra em um estado muito especial, que se assemelha a uma doença, exceto pelo fato de ser normal. O *pai*, até certo ponto, está em um estado parecido, e, se ele for negligenciado, o resultado será um grande empobrecimento. A *criança*, ao nascer, já é uma pessoa, e do seu ponto de vista existe toda uma diferença entre a qualidade boa ou má dos cuidados que lhe sejam dispensados. Em seguida, temos a *parteira*. Ela não é apenas um técnico, mas também um ser humano; tem seus sentimentos e seu humor, expectativas e decepções; talvez gostasse de estar no lugar da mãe, do bebê ou do pai, ou de todos ao mesmo tempo. Em geral sente-se satisfeita por ser a parteira, mas às vezes isto a deixa frustrada.

Um processo essencialmente natural

Uma idéia geral vem diretamente ao encontro do que tenho a dizer, isto é: há processos naturais que constituem a base de tudo que está ocorrendo, e nosso trabalho enquanto médicos e enfermeiras só será apropriado se respeitarmos e facilitarmos estes processos naturais. As mães tiveram bebês por milhares de anos, antes do aparecimento das parteiras, e é provável que estas inicialmente lidaram com a superstição. A forma moderna de lidar com a superstição é a adoção de uma atitude científica, com a ciência baseada na observação objetiva. O treinamento moderno, baseado na ciência, dá à parteira os fundamentos necessários para que ela evite as práticas supersticiosas. O que dizer dos pais? Antes dos médicos, estes tinham uma função definida, mas a Previdência Social chamou a si a responsabilidade: eles não apenas compartilhavam os sentimentos de suas mulheres e passavam por uma parte de sua agonia, como também participavam, ajudando a evitar eventuais distúrbios externos e propiciando à mãe a oportunidade de ficar preocupada, de só se preocupar com os cuidados para com o bebê que se encontra em seu corpo ou em seus braços.

Mudança de atitude para com o bebê

Houve uma evolução na atitude para com o bebê. Imagino que, ao longo dos séculos, os pais passaram a considerar o bebê como uma pessoa, vendo nele muito mais do que ali estava — um homenzinho ou uma mulherzinha. Isto inicialmente foi rejeitado pela ciência, que afirmava que a criança não é um pequeno adulto, e por muito tempo os observadores consideraram objetivamente as crianças como seres muito pouco humanos, até que começassem a falar. Recentemente, entretanto, descobriu-se que os bebês são, de fato, humanos, embora adequadamente infantis. A psicanálise vem mostrando gradualmente que mesmo o processo de nascimento não passa despercebido pelo bebê, e que, do seu ponto de vista, pode haver um parto normal ou anormal. É possível que cada pormenor do parto (da manei-

ra que este é percebido pela criança) fique registrado em sua mente, e isto normalmente se evidencia no prazer que as pessoas sentem com os jogos que simbolizam os vários fenômenos que foram vivenciados pelo bebê — virar-se, cair, sensações que dizem respeito à passagem de um meio líquido para um território seco, de uma temperatura constante para o ajustamento obrigatório a mudanças de temperatura, de suprimento de oxigênio e de alimento através do cordão umbilical para a dependência de seus próprios esforços para a obtenção de ar e alimento.

A mãe saudável

Uma das dificuldades encontradas no que diz respeito à atitude da parteira para com a mãe situa-se no âmbito da questão do diagnóstico. (Não me refiro, aqui, ao diagnóstico das condições do corpo, que deve ser deixado a cargo da enfermeira e do médico, nem me refiro à anormalidade física; estou preocupado com a saúde e a doença apenas no sentido psiquiátrico.) Comecemos pelo lado normal do problema.

No extremo saudável, a paciente não é um paciente, mas sim uma pessoa perfeitamente saudável e amadurecida, em plena capacidade de tomar suas próprias decisões sobre os assuntos de maior importância, e talvez mais adulta que a parteira que a assiste. Devido às circunstâncias em que se encontra, está em um estado de dependência. Temporariamente, ela coloca-se nas mãos da enfermeira, e ser capaz de fazê-lo requer saúde e maturidade. Neste caso, a enfermeira respeita a independência da mãe por tanto tempo quanto possível, e até mesmo ao longo de todo o trabalho de parto, se o parto propriamente dito for fácil e normal. Da mesma forma, ela aceita a dependência total de muitas mães que só conseguem passar pela experiência de um parto se transferirem todo o controle à pessoa que lhes presta assistência.

O relacionamento entre a mãe, o médico e a enfermeira

Sugiro que, pelo fato de a mãe saudável ser madura ou adulta, ela não pode transferir a responsabilidade a uma enfermeira

ou médico que não conhece. Ela deve, primeiro, conhecê-los, e isto é a coisa mais importante do período de preparação que leva ao parto propriamente dito. Ela pode ter confiança neles, caso em que os perdoará mesmo que cometam alguma falha; se, entretanto, esta confiança estiver ausente, toda a experiência estará arruinada para ela; ela terá medo de delegar responsabilidades, tentará dirigir os acontecimentos por conta própria e, na verdade, terá medo da situação em que se encontra, culpando-os por qualquer coisa que não dê certo, sejam eles culpados ou não. E terá razão se eles não permitiram que ela os conhecesse.

Coloco no primeiro e mais importante lugar esta questão da familiaridade entre a mãe, o médico e a enfermeira e da continuidade desse contato, se possível ao longo de toda a gravidez. Se isto for impossível, então pelo menos deverá existir um contato muito claro e definido com a pessoa que dará assistência à mãe no momento do parto, bem antes da data em que se espera que este último ocorra.

Um sistema hospitalar que não permite que uma mulher saiba com antecedência quem será seu médico e sua enfermeira por ocasião do parto não pode ser considerado bom, mesmo que se trate da clínica mais moderna, bem equipada, esterilizada e cromada do país. É este tipo de coisa que leva as mães a preferirem ter seus filhos em casa, assistida pelo médico da família, só recorrendo a um hospital em caso de emergência. Pessoalmente, acho que devemos apoiar totalmente as mães que queiram dar à luz em suas casas, e seria um fato lamentável se, na tentativa de propiciar os cuidados físicos ideais, chegasse uma época em que o parto em casa se tornasse inviável.

Uma completa explicação do processo de trabalho do parto e nascimento deveria ser dada à mãe pela pessoa em quem ela depositou sua confiança, e a eliminação de informações assustadoras e incorretas que eventualmente se interponham em seu caminho requer um longo tempo. A mulher saudável é a que mais necessita disso e a que tem mais condições de utilizar-se da verdade da melhor forma possível.

Não é verdade que, quando uma mulher madura, saudável e com um ótimo relacionamento com o marido e a família chega ao momento do parto, ela necessita de toda a imensa habili-

dade que a enfermeira adquiriu? Ela necessita da presença da enfermeira e de sua capacidade de ajudar da forma certa no momento certo, caso haja algum problema. Não obstante, ela está sob o domínio de forças naturais, e de um processo que é tão automático quanto a ingestão, a digestão e a excreção, e quanto mais se deixar a natureza agir livremente, tanto melhor para a mulher e para o bebê.

Uma de minhas pacientes, que teve dois filhos e que agora, parece, está passando por um tratamento muito difícil, ao longo do qual ela própria teve que rever todas as suas concepções — para livrar-se das influências exercidas sobre ela, em seu desenvolvimento inicial, por uma mãe difícil —, escreveu o seguinte: "...mesmo admitindo-se que a mulher seja bastante amadurecida emocionalmente, o processo todo do trabalho de parto e do nascimento rompe tantos mecanismos de controle que a gente necessita do máximo de assistência, consideração, incentivo e familiaridade por parte da pessoa que nos assiste, do mesmo modo que uma criança precisa de uma mãe através da qual possa ver e assimilar cada uma das novas e importantes experiências com as quais se depara ao longo de seu desenvolvimento".

Contudo, no que diz respeito ao processo de nascimento natural, há algo de que raramente podemos nos esquecer: o fato de que o bebê humano tem uma cabeça absurdamente grande.

A mãe doente

Em contraste com a mulher saudável e amadurecida que se coloca sob os cuidados da parteira, há a mulher que está doente, isto é, emocionalmente imatura ou desinformada sobre o papel representado pela mulher na ópera da natureza, ou que talvez se encontra deprimida, ansiosa, desconfiada ou, simplesmente, confusa. Nestes casos, a enfermeira deve ser capaz de fazer um diagnóstico, e aqui temos outra razão pela qual ela precisa conhecer sua paciente antes que esta se encontre no estado especial e desconfortável que é a fase final da gravidez. A parteira certamente precisa receber um treinamento especial no diagnóstico de adultos psiquiatricamente doentes, para que tenha condições

de tratar como saudáveis aqueles que são saudáveis. É claro que a mãe imatura ou doente de alguma outra forma precisa de algum tipo especial de ajuda por parte da pessoa que cuida do seu caso: onde a mulher normal precisa de orientação, a que está doente precisa de amparo e encorajamento; ela poderá testar o nível de tolerância da enfermeira, e transformar-se em uma fonte concreta de transtornos, podendo até mesmo ser necessário contê-la, caso se torne maníaca. Mas isto é, em grande parte, uma questão de senso comum, de saber harmonizar a necessidade com a ação adequada ou a inação deliberada.

No caso da mãe e do pai saudáveis, que é o mais comum, a parteira é um empregado que tem a satisfação de poder dar a ajuda para a qual foi contratada. No caso da mãe que, de alguma forma, está doente e não consegue ser plenamente adulta, a parteira é a enfermeira que atua com o médico na prestação de assistência a um paciente — a agência e o serviço hospitalar são os seus empregadores. Seria terrível se esta adaptação a uma saúde deficiente pudesse vir a criar dificuldades para um procedimento natural, adaptado não à doença, mas à vida.

Naturalmente muitas pacientes situam-se entre os dois extremos que imaginei, para fins descritivos. O que desejo enfatizar é que a observação de que muitas mães são histéricas, ansiosas ou autodestrutivas não deve tornar as parteiras incapazes de atribuir à saúde o seu valor, nem à maturidade emocional o seu devido lugar; não deve, também, levá-las a classificar todas as suas pacientes como infantis, quando, na verdade, a maioria é plenamente capaz, exceto quanto aos aspectos concretos que devem saber deixar a cargo da enfermeira. Pois, sem dúvida, as melhores são saudáveis; as mulheres saudáveis são as mães e esposas (e parteiras) que não só enriquecem a mera eficiência, mas também melhoram a rotina, que é bem-sucedida simplesmente porque não contém acontecimentos desastrosos.

A forma de lidar com a mãe e seu bebê

Consideremos agora a forma de lidar com a mãe após o parto, em seu primeiro relacionamento com o recém-nascido. Por

que será que, quando damos às mães uma oportunidade de falar livremente e recordar os fatos passados, é tão comum nos depararmos com um comentário do tipo que reproduzo a seguir? (A citação foi retirada de um caso relatado por um colega, mas eu também já ouvi o mesmo tipo de relato inúmeras vezes.)

> Ele nasceu de parto normal, e seus pais o desejaram. Aparentemente, sua sucção era normal logo após o nascimento, mas durante trinta e seis horas não foi realmente amamentado. Ficou, então, difícil e sonolento, e nos quinze dias seguintes as circunstâncias de sua alimentação foram extremamente insatisfatórias. A mãe antipatizava com as enfermeiras, achando que não a deixavam por tempo suficiente com o bebê, cuja boca, segundo ela, forçavam contra seu peito; dizia, também, que o seguravam pelo queixo para forçá-lo a mamar e apertavam seu nariz para fazê-lo largar o peito. Quando foi para casa com ele, sentiu que só então foi capaz de amamentá-lo normalmente e sem nenhuma dificuldade.

Não sei se as enfermeiras sabem que as mulheres fazem essas queixas. Talvez nunca lhes seja possível ouvir suas observações, e naturalmente é pouco provável que as mães se queixem para a enfermeira a quem, com certeza, devem tanto. Além disso, não devo obrigatoriamente acreditar que o quadro que as mães pintam seja muito exato. Devo estar preparado para enfrentar a ação da imaginação, e é certo que assim seja, uma vez que não somos apenas um amontoado de fatos. O modo como sentimos nossas experiências e a forma pela qual elas se interligam aos nossos sonhos fazem parte desta coisa total a que chamamos vida, bem como da experiência individual.

A sensibilidade do estado pós-natal

Em nosso trabalho psicanalítico especializado, sempre constatamos que a mãe que acabou de dar à luz encontra-se num estado de muita sensibilidade, e que, durante uma ou duas semanas, ela tem uma forte tendência a acreditar na existência de uma mulher que, segundo ela imagina, a persegue. Creio que devemos considerar a existência de uma tendência correspondente por parte da enfermeira, que nesta ocasião pode, muito facilmente, acabar se tornando uma figura dominadora. É também muito comum que as duas coisas coincidam: uma mãe que se sente perseguida e uma enfermeira contratada que parece agir estimulada mais pelo medo do que pelo amor.

É muito comum que em casa a mãe resolva esta situação difícil demitindo a enfermeira, o que constitui um procedimento muito doloroso para todas as pessoas envolvidas. Pior que isso é a alternativa em que, por assim dizer, a enfermeira acaba vencendo: a mãe afunda-se em desamparo e submissão, e o relacionamento entre ela e o bebê não consegue se estabelecer.

Não encontro palavras para expressar as forças imensas que estão em atuação neste momento crítico, mas posso tentar explicar alguma coisa do que está se passando. Há uma coisa extremamente curiosa acontecendo: a mãe, que talvez esteja fisicamente exausta e incontinente, e que depende, de muitas e diferentes formas, da atenção especializada que a enfermeira e o médico podem lhe dispensar, é ao mesmo tempo a única pessoa capaz de apresentar o mundo ao bebê de uma forma adequada e que lhe faça sentido. Ela sabe como fazê-lo, e para tanto não precisa de nenhuma forma de treinamento ou habilidade especial: sua sabedoria decorre do fato de ser a mãe natural. No entanto, seus instintos naturais não conseguirão se desenvolver se ela estiver amedrontada ou não vir seu bebê quando ele nascer, ou ainda se o bebê só lhe for trazido em momentos preestabelecidos pelas autoridades como sendo ideais para a alimentação. Desta forma, as coisas simplesmente não funcionam. O leite da mãe não flui como uma excreção; é uma resposta a um estímulo, e este estímulo é a visão, o cheiro e o tato de seu bebê, e o choro do bebê, que expressa necessidade. É tudo uma coisa só: o cuidado que a mãe toma com o bebê, e a alimentação periódica que se desenvolve como se fosse um meio de comunicação entre ambos — uma canção sem palavras.

Duas características antagônicas

Aqui temos, então, por um lado, uma pessoa extremamente dependente, que é a mãe, e ao mesmo tempo, e na mesma pessoa, um *especialista* naquele processo muito delicado que é o início

da amamentação, e também em todo o lufa-lufa dos cuidados ao bebê. Para algumas enfermeiras é difícil levar em consideração estas duas características antagônicas da mãe, e o resultado é que elas tentam induzir o relacionamento ligado à alimentação da mesma forma que o fariam com a defecação, em caso de retenção das fezes. Estão tentando o impossível. São muitas as inibições alimentares que se iniciam dessa forma; ou mesmo quando se institui a alimentação por mamadeira, muitas vezes esta prática continua sendo um fato isolado na vida da criança, inadequadamente desvinculado do processo total a que damos o nome de cuidados infantis. Em meu trabalho, estou constantemente tentando evitar esta espécie de falha, que na verdade em alguns casos é originada nos primeiros dias e semanas, por uma enfermeira incapaz de perceber que, embora ela seja uma pessoa especializada em seu trabalho, não faz parte dele estabelecer uma relação entre uma criança e o seio da mãe.

Como eu disse, além disso a parteira tem sentimentos, e ela pode achar difícil ficar impassível, observando um bebê desperdiçando tempo no seio da mãe. Ela sente vontade de colocar o seio na boca do bebê, ou de fazer com que a boca deste seja colocada no seio, mas ele reage afastando-se.

Há um outro aspecto: em termos quase universais, a mãe sente, com pequena ou grande intensidade, que ela roubou o seu bebê de sua própria mãe. Isto tem suas origens no fato de ela ter brincado de pai e mãe, e de seus sonhos na época em que ela era apenas uma garotinha e tinha no pai o seu *beau ideal*. Assim, ela pode facilmente sentir, e em alguns casos *deve* sentir, que a enfermeira é a mãe vingativa que veio para levar o seu bebê. Com relação a isso, a enfermeira nada precisa fazer, mas será muito útil se ela conseguir não afastar o bebê da mãe — privando-a daquele contato natural — e só trazer o bebê até a mãe, embrulhado em um xale, no momento da alimentação. Esta prática não é moderna, mas até pouco tempo atrás era muito comum.

Os sonhos, as idéias e as brincadeiras que estão por trás destes problemas permanecem, mesmo quando o modo de agir da enfermeira dá à mãe a oportunidade de recuperar seu senso de realidade, o qual ela de qualquer forma recupera em questão de poucos dias ou semanas. Muito ocasionalmente, então, a enfermeira deve contar com o fato de ser considerada uma figura persecutória mesmo quando não o seja, ou, pelo contrário, mesmo quando seja uma pessoa de compreensão e tolerância excepcionais. Tolerar este fato é algo que faz parte de seu trabalho. Em geral a mãe termina por recuperar-se, quando então passa a ver a enfermeira como ela é, como uma enfermeira que tenta compreender, mas que é humana, e cuja tolerância, portanto, tem seus limites.

Outro aspecto a considerar é que a mãe, especialmente se ela for um tanto imatura ou tiver sido uma criança carente em sua história inicial, terá muita dificuldade em desistir da assistência da enfermeira e ter que cuidar sozinha de seu bebê, exatamente da maneira que ela própria precisa ser tratada. Quando for assim, a perda do apoio de uma boa enfermeira pode acarretar sérias dificuldades na fase seguinte, quando a mãe dispensa a enfermeira ou é por ela dispensada.

Por meio destes procedimentos, a psicanálise, como a vejo, oferece à obstetrícia, e a todo trabalho que diga respeito às relações humanas, um aumento do respeito que os indivíduos sentem uns pelos outros, bem como pelos direitos individuais. A sociedade precisa de técnicos até mesmo para os cuidados médicos e de enfermagem, mas onde houver pessoas, e não máquinas, o técnico precisa estudar a forma como as pessoas vivem, pensam e crescem ao longo de suas experiências.

1957

INSTITUTO DE REDES SOCIOCULTURAIS BIBLIOTECA MADRE CRISTINA

8. A DEPENDÊNCIA NOS CUIDADOS INFANTIS

É importante reconhecer o *fato* da dependência. A dependência é real. É tão óbvio que os bebês e as crianças não conseguem se virar por si próprios, que as simples ocorrências de dependência passam facilmente despercebidas.

Pode-se afirmar que a história do desenvolvimento infantil é uma história de dependência absoluta, que avança firmemente através de graus decrescentes de dependência, e vai, tateando, em direção à independência. Uma criança ou um adulto amadurecidos têm um tipo de independência que se mescla, de uma forma feliz, a todos os tipos de necessidade, e ao amor, o que se torna evidente quando a perda provoca um estado de luto.

Antes do nascimento, pensa-se na dependência absoluta do bebê basicamente em termos físicos ou corporais. As últimas semanas da vida do bebê no útero afetam o seu desenvolvimento corporal, e é plausível pensar no início de uma sensação geral de segurança (ou insegurança), que varia de acordo com o estado mental do bebê ainda não nascido, o qual, naturalmente, tem uma capacidade de operação muito limitada neste estágio inicial, uma vez que o cérebro ainda não se encontra plenamente desenvolvido. O nível de consciência antes do nascimento e durante o processo de nascimento também varia de acordo com os efeitos casuais que decorrem do estado em que a mãe se encontra e de sua capacidade de superar as agonias alarmantes, perigosas e, em geral, recompensadoras dos últimos estágios da gravidez.

Devido ao fato de os bebês serem criaturas cuja dependên-

cia é extrema no início de suas vidas, eles são necessariamente afetados por tudo o que acontece. Eles não têm a compreensão que teríamos se estivéssemos no mesmo lugar em que eles se encontram, mas estão o tempo todo tendo experiências que se armazenam em seus sistemas de memória, de uma forma capaz de dar-lhes confiança no mundo ou, pelo contrário, de deixá-los com falta de confiança e com a sensação de serem um pedaço de cortiça no oceano, um joguete das circunstâncias. No extremo da falha ambiental, há uma sensação de imprevisibilidade.

A coisa que, em última instância, constrói um senso de previsibilidade no bebê pode ser caracterizada como adaptação da mãe às necessidades do bebê. Trata-se de um assunto extremamente complexo e difícil de colocar em palavras, e de fato a adaptação às necessidades do bebê só pode ser bem feita, ou suficientemente bem feita, pela mãe que, temporariamente, se dedica por completo aos cuidados para com o seu bebê. Não se trata de algo que possa ser feito através de esforços deliberados ou do estudo de livros. Faz parte do estado especial em que as mães se encontram ao final de seus nove meses de gravidez, um estado em que estão, com muita naturalidade, voltadas para esta coisa central que é o bebê, e no qual sabem como o bebê está se sentindo.

Algumas mães não conseguem chegar a este estado quando de seu primeiro filho, ou têm seus motivos para não conseguirem chegar lá com um de seus filhos, embora o tenham conseguido com algum filho nascido anteriormente. Simplesmente, não há como ajudar nestas coisas. Não se pode esperar que uma pessoa seja sempre bem-sucedida. Em geral, há alguém disponível para providenciar o que for necessário — talvez o pai da criança, uma avó ou uma tia, nos casos em que a mãe não for capaz de fazê-lo com nenhum bebê. Porém, isto acontece se as circunstâncias forem bastante seguras para a própria mãe, que então (talvez após alguns minutos ou horas de rejeição de seu bebê) *sabe,* sem a necessidade de compreender tudo, como adaptar-se às necessidades do bebê. Quando ela também era bebê, teve exatamente as mesmas necessidades. Ela não se lembra, mas nunca se perde uma experiência para sempre, e de alguma forma acontece de a mãe ajustar-se à dependência de seu bebê através de

uma compreensão pessoal extremamente sensível, que a torna capaz de adaptar-se a necessidades reais.

Os conhecimentos teóricos são absolutamente desnecessários, e ao longo de milhões de anos as mães vêm realizando esta tarefa com prazer, e de forma satisfatória. É claro que se pode acrescentar um pouco de teoria ao que é natural, o que será tanto melhor, especialmente se a mãe tiver que lutar por seu direito de fazer as coisas bem e a seu próprio modo, bem como, é claro, cometer erros. Por maior que seja a sua boa vontade, os auxiliares (inclusive os médicos e enfermeiras necessários em casos de emergência) não podem saber tanto quanto sabe a mãe (que passou por um aprendizado de nove meses) quais são as necessidades imediatas do bebê, e como adaptar-se a elas.

Estas últimas assumem as formas mais variadas, e não se limitam a periódicas explosões de fome. Seria uma pena dar exemplos, a menos que fosse para mostrar que ninguém, a não ser um poeta, seria capaz de dizer com palavras aquilo que pode variar de infinitas maneiras. Alguns pormenores, contudo, talvez sejam úteis para ajudar o leitor a saber como é a necessidade quando um bebê se encontra em estado de dependência.

Há, primeiro, as necessidades do corpo. Talvez seja preciso que alguém levante o bebê e o vire de lado. Talvez ele precise de mais aquecimento, ou de menos roupas, para que a transpiração possa ocorrer. Pode ser, também, que a sensibilidade de sua pele precise de um contato mais suave como, por exemplo, o da lã. Talvez ele sinta alguma dor, cólicas, por exemplo, e por alguns momentos precise ser colocado no ombro. A alimentação deve ser incluída entre estas necessidades físicas.

Nesta lista, estamos tomando por certa a proteção contra as perturbações mais grosseiras — nada de fazer do bebê um avião em vôo rasante, o berço do bebê não deve ser inflável, o sol não pode incidir diretamente sobre os seus olhos.

Em segundo lugar, há um tipo de necessidade muito sutil, que só o contato humano pode satisfazer. Talvez o bebê precise deixar-se envolver pelo ritmo respiratório da mãe, ou mesmo ouvir e sentir os batimentos cardíacos de um adulto. Talvez seja-lhe necessário sentir o cheiro da mãe ou do pai, ou talvez ele precise ouvir sons que lhe transmitam a vivacidade e a vida que há no

meio ambiente, ou cores e movimentos, de tal forma que o bebê não seja deixado a sós com os seus próprios recursos, quando ainda muito jovem e imaturo para assumir plena responsabilidade pela vida.

Por trás destas necessidades há o fato de que os bebês são sujeitos às mais terríveis ansiedades que se possa imaginar. Se deixado a sós por muito tempo (horas, minutos), sem nenhum contato humano ou familiar, passam por experiências que só podem ser descritas através de palavras como

ser feito em pedaços
cair para sempre
morrer e morrer e morrer
perder todos os vestígios de esperança de renovação de contatos.

É muito importante o fato de que a maioria dos bebês passa por estes estágios iniciais de dependência sem ter, jamais, estas experiências, e isso acontece porque sua dependência é reconhecida e as suas necessidades básicas são satisfeitas, uma vez que a mãe, ou figura materna, adapta a sua forma de vida a estas necessidades.

Um fato importante a considerar é que, graças a uma assistência satisfatória, estes sentimentos terríveis se transformam em experiências positivas, vindo somar-se à confiança que o bebê adquire com relação ao mundo e às pessoas. Ser feito aos pedaços, por exemplo, passará a ser uma sensação de relaxamento e repouso se o bebê estiver em boas mãos; cair para sempre se transforma na alegria de ser carregado, e no entusiasmo e prazer que decorrem do movimento; morrer e morrer e morrer passa a ser a consciência deliciosa de estar vivo, e, quando a constância vier em auxílio à dependência, a perda de esperança quanto aos relacionamentos se transformará numa sensação de segurança, de que, mesmo quando a sós, o bebê tem alguém que se preocupa com ele.

A maior parte dos bebês recebe uma boa assistência e, mais importante ainda, a recebe continuamente por parte de uma pessoa, até que se sinta satisfeito em conhecer e confiar em outras pessoas também, que lhe dão amor desta mesma forma capaz de fazer com que se torne confiante e adaptável.

Com base nos primórdios desta experiência de ver satisfeita a sua dependência, o bebê torna-se capaz de reagir às exigências que a mãe e o meio ambiente devem, mais cedo ou mais tarde, começar a fazer-lhe.

Por outro lado, uma certa proporção de bebês experimentou falhas ambientais quando a dependência era um fato; neste caso, em graus variados, houve um prejuízo concreto, que pode ser muito difícil de reparar. Na melhor das hipóteses, o bebê que está se tornando uma criança ou um adulto leva consigo a memória latente de um desastre ocorrido com o seu eu, e muito tempo e energia são gastos em organizar a vida de tal forma que esta dor não volte a ser experimentada.

Na pior das hipóteses, o desenvolvimento da criança como pessoa é distorcido para sempre, e em conseqüência a personalidade é deturpada, ou o caráter é deformado. Há sintomas que provavelmente são experimentados como algo desagradável, e a criança pode sofrer com as pessoas que pensam que punição ou treinamento corretivo são capazes de curar o que é, na verdade, um fato solidamente assentado, conseqüência de uma falha do meio ambiente. Pode ser, também, que a criança enquanto pessoa esteja tão perturbada que é feito um diagnóstico de doença mental seguido pelo tratamento de uma anormalidade que deveria ter sido evitada.

O elemento invariável na consideração a que estamos submetendo estas questões muito sérias é que, numa grande proporção de casos, os bebês não passam por este tipo de sofrimento, e sobrevivem sem que lhes seja necessário gastar tempo e energia construindo uma fortaleza ao redor de si para manter afastado um inimigo que, na verdade, se encontra no interior das paredes desta fortaleza.

No caso da maior parte dos bebês, o fato de serem desejados e amados pelas mães, pais e demais membros da família fornece-lhes o contexto no qual cada criança tem a oportunidade de se tornar um indivíduo, não apenas realizando seu destino seguindo a trajetória do legado hereditário (na medida em que a realidade exterior o permita), mas também feliz por ser capaz de identificar-se com as outras pessoas, animais e coisas do meio ambiente, bem como com a sociedade e sua perpétua auto-organização.

Em geral, estas coisas são possíveis principalmente porque a dependência, que é absoluta a princípio, mas caminha gradualmente para a independência, foi aceita como fato e preenchida por seres humanos que se adaptaram às necessidades do indivíduo em desenvolvimento, sem ressentimentos e em função de um sentimento natural de fazer parte, que pode ser convenientemente chamado de amor.

1970

9. A COMUNICAÇÃO ENTRE O BEBÊ E A MÃE E ENTRE A MÃE E O BEBÊ: CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS

Na primeira conferência desta série, o Dr. Sandler falou sobre a natureza da psicanálise. Nas duas próximas conferências, vocês vão ouvir falar a respeito da comunicação inconsciente, como, por exemplo, entre pais e filhos e entre marido e mulher. Na presente conferência vou falar sobre a comunicação entre o bebê e a mãe.

Vocês já terão percebido que a palavra *inconsciente* não aparece no meu título[1]. Há uma razão óbvia para isso. *Inconsciente* é uma palavra que só poderia ser aplicada à mãe. Para o bebê, ainda não existe um consciente e um inconsciente na área que pretendo examinar. O que há, ali, é um complexo anatômico e fisiológico, e, junto a isso, um potencial para o desenvolvimento de uma personalidade humana. Há uma tendência geral voltada para o crescimento físico, e uma tendência ao desenvolvimento da parte psíquica da integração psicossomática; há, tanto no campo físico quanto no psicológico, as tendências hereditárias, e estas, do lado da psique, incluem as tendências que levam à integração ou à consumação da totalidade. A base de todas as teorias sobre o desenvolvimento da personalidade humana é a continuidade, a linha da vida, que provavelmente tem início antes do nascimento concreto do bebê; continuidade em que está implícita a idéia de que nada daquilo que fez parte da experiência de um indivíduo se perde ou pode jamais vir a perder-

1. Ver as notas preliminares escritas para este trabalho, pp. 94-6. (N. Orgs.)

se para este indivíduo, mesmo que, por força de causas complexas e variadas, viesse a tornar-se (como de fato se torna) inalcançável à consciência.

Para que o potencial hereditário venha a ter uma oportunidade de atualizar-se, no sentido de que venha a manifestar-se no indivíduo, é necessário que as condições ambientais sejam adequadas. É conveniente usar uma expressão do tipo "maternagem suficientemente boa" para transmitir uma concepção não idealizada da função materna; mais ainda, é importante ter em mente o conceito de dependência absoluta (do bebê em relação ao meio ambiente), que se transforma rapidamente em dependência relativa, sempre numa trajetória em direção à independência (que jamais é alcançada). Independência significa autonomia; a pessoa torna-se viável como pessoa e também fisicamente (uma unidade independente).

Este esquema do ser humano em desenvolvimento leva em consideração o fato de que, no início, o bebê ainda não estabeleceu uma divisão entre aquilo que constitui o não-EU e o EU, de tal forma que, no contexto especial dos relacionamentos iniciais, o comportamento do meio ambiente faz parte do bebê da mesma forma que o comportamento de seus impulsos hereditários para a integração, para a autonomia e a relação com objetos, e para uma integração psicossomática satisfatória[2].

A parte mais precária do complexo a que damos o nome de bebê é a sua experiência cumulativa de vida. Há, de fato, uma diferença muito grande entre ter nascido filho de um beduíno que vive nas areias escaldantes, de um prisioneiro político na Sibéria ou da esposa de um comerciante da úmida, porém bela, parte ocidental da Inglaterra. Posso ser uma pessoa convencionalmente suburbana, ou um bastardo. Posso, também, ser filho único, filho mais velho, o do meio entre cinco filhos, ou ainda o terceiro de uma série de quatro meninos. Tudo isso tem importância e faz parte de mim.

2. Algumas pessoas se surpreendem quando ouvem dizer que as tendências hereditárias de um bebê são fatores externos, mas eles são tão claramente externos à pessoa do bebê quanto o é a capacidade que a mãe tem de ser suficientemente boa, ou sua tendência a ter dificuldades no que está fazendo, por estar deprimida.

Como Valdar, o que nasceu muitas vezes, uma criança pode nascer de muitas formas possíveis e com o mesmo potencial hereditário, mas, a partir das palavras "Em frente!", *vivencia* e reúne experiências de acordo com a posição, no tempo e no espaço, em que veio ao mundo. Mesmo o ato de nascer: houve uma época em que a mãe ficava de cócoras, e a gravidade levava o bebê para o centro do mundo; em outras ocasiões a mãe ficava deitada de costas, numa posição sem qualquer naturalidade, como se estivesse sendo preparada para uma operação, e tinha que fazer movimentos de expulsão, como se estivesse em um vaso sanitário, pois a gravidade fazia com que o bebê avançasse de lado. Num dos partos, a mãe cansou-se de fazer estes movimentos para diante e teve início um processo de inércia uterina, ficando tudo para a manhã seguinte. Em seguida, passou por um bom sono, mas o bebê, já alerta para o seu grande mergulho, teve de esperar para sempre. Isto teve uma conseqüência terrível, e durante toda a sua vida aquela pessoa sofreu de claustrofobia, incapaz de tolerar intervalos imprevistos entre acontecimentos.

Talvez seja possível dizer que alguma forma poderosa de comunicação ocorra já desde o início da vida de cada indivíduo, e que, seja qual for o *potencial*, a estrutura *concreta* de experiências que resulta em uma pessoa é precária; o desenvolvimento pode ser retardado ou deturpado a qualquer momento, e na verdade pode jamais vir a se manifestar; no início, a dependência é realmente absoluta.

É possível observar que estou levando vocês para um lugar onde a verbalização perde todo e qualquer significado. Que ligação pode então haver entre tudo isso e a psicanálise, que se fundamentou no processo de interpretações verbais de pensamentos e idéias verbalizados?

Em síntese, eu diria que a psicanálise teve que partir de uma base de verbalização, e que tal método é perfeitamente adequado para o tratamento de um paciente que não seja esquizóide ou psicótico, ou seja, um indivíduo sobre cujas experiências iniciais não tenhamos qualquer dúvida. Em geral damos a tais pacientes o nome de psiconeuróticos, para deixar claro que eles não fazem análise numa tentativa de corrigir suas experiências mais

primitivas, nem em busca de suas primeiras experiências, das quais não conseguem se lembrar. Os pacientes psiconeuróticos já atravessaram satisfatoriamente as experiências iniciais, em decorrência do que lhes é dado o privilégio de experimentarem conflitos pessoais interiores, bem como da inconveniência das defesas que tiveram de criar em si próprios para conseguirem lidar com a ansiedade relativa à vida instintiva, sendo a repressão a principal destas defesas. Estes pacientes são incomodados pelo esforço que precisam fazer para que o inconsciente reprimido permaneça reprimido, e durante o tratamento psicanalítico encontram alívio em novas experiências simplificadas, amostras que eles próprios escolhem cuidadosamente dia após dia (claro que não de forma deliberada) para se defrontarem com a neurose de transferência, em permanente processo de mutação.

Por outro lado, nas nossas pesquisas analíticas os fenômenos muito iniciais manifestam-se como características primárias, de duas maneiras: primeiramente, nas fases esquizóides pelas quais qualquer paciente pode passar, ou no tratamento de problemas realmente esquizóides (um tema que não estou abordando aqui); em segundo lugar, no estudo das experiências iniciais concretas de bebês que estão para nascer, que acabaram de nascer, que são segurados no colo após o nascimento, que recebem cuidados e com os quais nos comunicamos nas primeiras semanas e meses, muito antes da verbalização ter adquirido qualquer significado.

O que estou tentando fazer aqui, portanto, é examinar esta coisa específica, ou seja, as experiências iniciais de vida de todo bebê, especialmente no que diz respeito à comunicação.

Em termos de minha hipótese, inicialmente *há* uma dependência absoluta, e o meio ambiente é de grande importância. Então, como é possível que qualquer bebê sobreviva às complexidades das fases iniciais de desenvolvimento? É certo que um bebê não poderá tornar-se uma pessoa se só existir um meio ambiente não-humano; nem mesmo a melhor das máquinas pode oferecer aquilo de que se necessita. Não, um ser humano se faz necessário, e os seres humanos são essencialmente humanos — isto é, imperfeitos — e não possuem a infalibilidade das máquinas. O uso que o bebê faz do meio ambiente não-humano depende do uso que ele anteriormente fez de um meio ambiente humano.

Como podemos, então, descrever o estágio seguinte, que diz respeito à experiência de vida do bebê em uma situação de dependência absoluta?

No caso da mãe[3], podemos pressupor a existência de um estado — um estado psiquiátrico, como o retraimento ou a concentração — que a caracteriza (em termos de saúde) quando ela vai chegando ao fim de sua gravidez, e que perdura por algumas semanas ou meses. (Escrevi a respeito disso, e dei-lhe um nome — *preocupação materna primária*)[4].

Precisamos levar em consideração o fato de que todos os bebês do mundo, no passado e no presente, nasceram e nascem em um meio ambiente humano suficientemente bom, isto é, adaptativo da maneira correta, apropriada, de acordo com as necessidades do bebê.

As mães (ou as mães-substitutas) geralmente se mostram aptas a atingir esta condição e pode ser de grande utilidade dizer-lhes que se trata de uma condição passageira, da qual em breve irão se recuperar. Muitas mulheres temem que esta condição vá transformá-las em vegetais, e então elas se prendem aos vestígios de uma carreira como a um salva-vidas e nunca se entregam por completo, nem mesmo temporariamente, a um envolvimento total.

É provável que, nestas circunstâncias, as mães se tornem capazes, de uma forma especializada, de se colocar na situação do bebê — quero dizer, de quase se perderem em uma identificação com ele, de tal forma que saibam (genérica ou especificamente) aquilo de que o bebê precisa naquele exato momento. É claro que, ao mesmo tempo, continuam sendo elas mesmas, e têm consciência de uma necessidade de proteção enquanto se encontram neste estado que as torna vulneráveis. Elas assumem a vulnerabilidade do bebê. Assumem também que, no decurso de alguns meses, serão capazes de sair desta situação especial.

Assim, em geral os bebês realmente se encontram em con-

3. Quando digo mãe, não estou excluindo o pai, mas é que neste estágio o que nos interessa é o aspecto materno do pai.

4. No livro *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*, Londres, Tavistock Publications Ltd., 1956. Nova Iorque, Basic Books, 1958.

dições bastante favoráveis quando estão num estado de dependência absoluta; há, entretanto, bebês com os quais isto *não* acontece. Estou dizendo que estes bebês que não recebem este tipo de cuidados suficientemente bons não conseguem se realizar, nem mesmo como bebês. Os genes não são suficientes.

Sem ter em vista este tópico, preciso me referir a mais uma das complicações que obstruem a evolução de meus argumentos, e que diz respeito à diferença fundamental que existe entre a mãe e o bebê.

É claro que a mãe também já foi um bebê, uma experiência que está localizada em alguma parte do seu ser, onde encontra-se o conglomerado de experiências no qual ela própria partiu de uma situação de dependência e adquiriu autonomia aos poucos. Além disso, ela *brincou* de ser um bebê, assim como brincou de pai e mãe; regrediu a um comportamento de bebê nas ocasiões em que ficou doente, e talvez tenha observado sua mãe cuidando dos irmãos mais novos. Ela pode ter aprendido a cuidar de bebês, e talvez tenha lido livros, formando as suas próprias idéias a respeito da forma correta ou errada de lidar com eles. É claro que os hábitos locais a afetam profundamente, e ela pode reagir ou sujeitar-se a eles, ou buscar o seu próprio caminho, como uma pessoa independente ou pioneira.

O bebê, porém, nunca foi mãe, e nem mesmo foi, anteriormente, um bebê. Para ele, tudo é uma *primeira experiência,* inexistindo qualquer medida para julgamento ou comparação. O tempo não se mede tanto por relógios, pelo nascer ou pelo pôr-do-sol, quanto pelo ritmo do coração e da respiração maternos, pela elevação e queda das tensões instintivas, bem como por outros dispositivos essencialmente não-mecânicos.

Portanto, a descrição da comunicação entre o bebê e a mãe contém uma dicotomia fundamental — a mãe pode retroceder a formas de experiência infantil, mas para o bebê é impossível apresentar a sofisticação característica de um adulto. Desta forma, a mãe pode, ou não, falar com seu bebê; a língua não tem importância.

Exatamente neste ponto vocês vão querer que eu diga algo sobre as inflexões que caracterizam a fala, mesmo em seus aspectos mais sofisticados. Um analista está trabalhando, como

se diz, e o paciente está verbalizando, e o analista interpretando. Não é bem uma questão de interpretação verbal. O analista sente que no material que lhe é apresentado pelo paciente há uma tendência que pede uma verbalização. Muita coisa depende da maneira como o analista usa as palavras, e, portanto, da atitude que se oculta por trás da interpretação. Uma paciente cravou suas unhas em minha mão num momento em que seus sentimentos eram intensos, e minha interpretação foi: "Uau!" Isto praticamente não envolveu o uso de meu aparato intelectual, e foi bastante útil, uma vez que surgiu *imediatamente* (e não em seguida a uma pausa ou reflexões), fazendo minha paciente ver que minha mão estava viva, que fazia parte de mim e que eu ali me encontrava para ser usado. Ou, como talvez eu pudesse dizer, posso ser utilizado desde que sobreviva.

Embora a psicanálise de temas pertinentes se baseie na verbalização, todo analista sabe que, junto ao conteúdo das interpretações, a atitude por trás da verbalização tem sua própria importância, e que esta atitude se reflete nas nuanças, no ritmo e em milhares de outras formas que podemos comparar à variedade infinita da poesia.

A abordagem não-moralista, por exemplo, que é básica para a psicoterapia e para o serviço social, não é comunicada por palavras, mas sim pelos atributos não-moralistas do assistente social. É a mensagem da canção do teatro de variedades, cujo refrão diz: "Não é exatamente o que ela diz, é o jeito indecente como diz."

Em termos dos cuidados ao bebê, a mãe que assim o desejar poderá exibir uma atitude moralista muito antes que palavras como "travesso" venham a ter algum sentido para o bebê. Ela pode sentir prazer em dizer: "Dane-se, seu idiotinha" de um jeito agradável, de modo que se sinta melhor, e o bebê, encantado, lhe retribua com um sorriso. Ou, mais sutilmente ainda, que tal: "Boi, boi, boi, boi da cara preta, pega este menino...", que verbalmente não é lá muito agradável, embora seja muito doce como canção de ninar.

Uma mãe pode até mesmo mostrar ao seu bebê, cuja linguagem ainda não se desenvolveu, que o que ela está querendo dizer é: "Deus vai te fulminar se você continuar se lambuzando

todo assim quando acabei de te limpar", ou, de um modo muito diferente: "Você não pode mais fazer isso!", que já envolve um confronto direto de vontades e personalidades.

O que, então, é comunicado quando uma mãe se adapta às necessidades de seu bebê? Vou me referir, agora, ao conceito de *segurar o bebê*. Há uma relevante economia no uso, e mesmo na exploração, da palavra *segurar* para descrever o contexto em que as comunicações mais importantes do bebê ocorrem quando suas experiências têm início. Se eu adotar este procedimento, explorando o conceito de segurar, teremos então duas coisas — a mãe segurando o bebê, e este sendo segurado e atravessando rapidamente uma série de fases do seu desenvolvimento que são de extrema importância para a sua afirmação como pessoa. *A mãe não precisa saber o que está se passando com o bebê.* O desenvolvimento do bebê, porém, só pode ocorrer no contexto da confiança que decorre do fato de ele ser segurado e manipulado[5].

Poderíamos examinar tanto o patológico quanto o normal, mas, como este último presta-se mais facilmente à observação, é a alternativa que vou escolher.

A capacidade que a mãe possui de ir ao encontro das necessidades em constante processo de mutação e desenvolvimento deste bebê permite que a sua trajetória de vida seja relativamente contínua; permite-lhe, também, vivenciar situações fragmentárias ou harmoniosas, a partir da confiança que deposita no fato concreto de o segurarem, juntamente com fases reiteradas da integração que faz parte da tendência hereditária de crescimento. O bebê passa, com muita facilidade, da integração ao conforto descontraído da não-integração, e o acúmulo destas experiências torna-se um padrão e forma uma base para as expectativas do bebê. Ele passa a confiar nos processos internos que levam à integração em uma unidade[6].

5. "The Theory of Parent-Infant Relationship"; 1960, no livro *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*, Londres, Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1965.

6. "Primitive Emotional Development", 1945, no livro *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*, Londres, Tavistock Publications. Nova Iorque, Basic Books, 1958.

À medida que prossegue o desenvolvimento e o bebê adquire um interior e um exterior, a confiabilidade do meio ambiente passa então a ser uma crença, uma introjeção baseada na *experiência de confiabilidade* (humana, e não mecanicamente perfeita).

Não é verdade que a mãe comunicou-se com o bebê? Ela disse: "Sou confiável — não por ser uma máquina, mas porque sei do que você está precisando; além disso, me preocupo, e quero providenciar as coisas que você deseja. Isto é o que chamo de amor neste estágio do seu desenvolvimento."

Este tipo de comunicação é, porém, silencioso. O bebê não ouve ou registra a comunicação, mas apenas os efeitos da confiabilidade; é algo que se registra no decorrer do desenvolvimento. O bebê não tem conhecimento da comunicação, a não ser a partir dos efeitos da *falta* de confiabilidade. É aqui que se dá a diferença entre perfeição mecânica e amor humano. Os seres humanos cometem muitos erros, e durante o tempo em que a mãe cuida normalmente do seu bebê ela está continuamente corrigindo as suas falhas. Estas falhas relativas, às quais se dá uma solução imediata, acabam sem dúvida sendo comunicadas, e é assim que o bebê acaba tomando conhecimento do sucesso. Assim, a adaptação bem-sucedida dá uma sensação de segurança e um sentimento de ter sido amado. Como analistas, sabemos disso, pois estamos falhando o tempo todo, e todas as reações de irritação pelas quais esperamos acabam por se verificar. Se sobrevivermos, seremos usados. São as inúmeras falhas, seguidas pelo tipo de cuidados que as corrigem, que acabam por constituir a comunicação do amor, assentada sobre o fato de haver ali um ser humano que se preocupa. Quando as falhas não são corrigidas no tempo devido (segundos, minutos, horas), usamos o termo *carência*. Uma criança carente é aquela que, após tomar conhecimento de falhas que foram corrigidas, vem a experimentar uma falha não corrigida. Portanto, a tarefa da criança é provocar condições nas quais a repetida correção das falhas seja um padrão para a vida.

Vocês compreenderão que estes milhares de falhas relativas da vida cotidiana não devem ser comparadas às falhas fundamentais de adaptação — estas não geram raiva, pois o bebê ain-

da não está organizado para ficar com raiva do que quer que seja — a raiva implica manter na mente o ideal que foi destruído. Estas falhas básicas produzem nele uma *inacreditável ansiedade*. O conteúdo desta ansiedade pode ser assim expresso:

(1) Ser feito em pedaços.
(2) Cair para sempre.
(3) Completo isolamento, devido à inexistência de qualquer forma de comunicação.
(4) Disjunção entre psique e soma.

Estes são os frutos da *privação*, ou seja, de falhas do meio ambiente que não foram corrigidas.

(Vocês verão que não tive tempo de falar sobre o uso do intelecto na comunicação, mesmo do intelecto rudimentar do bebê; devo dar-me por satisfeito com a parte psíquica da associação psicossomática.)

Não é possível pensar nas falhas *básicas* de adaptação como uma forma de comunicação. Não precisamos ensinar a um bebê que as coisas podem correr muito mal. Se correm mal e não são logo corrigidas, o bebê será afetado para sempre, seu desenvolvimento será deturpado, e a comunicação entrará em colapso.

Elaboração do tema

Talvez eu tenha dito o suficiente para chamar a atenção para as comunicações silenciosas iniciais, em sua forma básica. Vou dizer mais algumas coisas, com o objetivo de fornecer diretrizes.

(*a*) Há formas especiais de se manter a vivacidade da comunicação entre a mãe e o bebê. Há o movimento que provém da respiração da mãe, o calor de seu hálito e, sem dúvida, o seu cheiro, que é algo extremamente variável. Há também o som das batidas de seu coração, um som que o bebê conhece muito bem, na medida em que ele já se encontrava ali, inteirando-se de tudo, antes mesmo de nascer.

Esta forma básica de comunicação física pode ser ilustrada através do movimento de embalar, no qual a mãe adapta os seus movimentos aos do bebê. Embalar é uma garantia contra a despersonalização, ou rompimento da combinação psicossomática. A velocidade com que os bebês gostam de ser embalados não é variada? Uma mãe não pode achar que a velocidade de um bebê é excessivamente rápida ou lenta para que sua adaptação a ele seja natural e não forçada? Ao descrever este conjunto de fenômenos, podemos dizer que a comunicação é uma questão de reciprocidade na experiência física.

(*b*) Há também as brincadeiras. Não me refiro a diversões e jogos, ou a anedotas. A interação da mãe com seu bebê resulta em uma área que poderíamos chamar de território comum, a terra de ninguém que na verdade é de cada um, o local onde se oculta o mistério, o espaço potencial que pode se transformar em objeto transicional[7], o símbolo da confiança e da união entre o bebê e a mãe, uma união que não envolve a interpretação. Portanto, não se pode esquecer das brincadeiras, onde nascem a afeição e o prazer pela experiência.

(*c*) Podemos, além disso, dizer muitas outras coisas relativas ao uso que o bebê faz do rosto da mãe. É possível pensar no rosto da mãe como o protótipo do espelho. No rosto dela, o bebê vê a si próprio. Se ela estiver deprimida ou preocupada com alguma outra coisa, então é claro que o bebê não verá nada além de um rosto[8].

(*d*) A partir daqui, e a partir destas comunicações silenciosas, podemos passar para as formas pelas quais a mãe concretiza exatamente aquilo que o bebê está pronto para procurar, de tal forma que ela lhe dá uma idéia das coisas que ele está pronto para procurar. O bebê diz (sem palavras, é claro): "Estou precisando de...", e neste momento a mãe vira o bebê de lado ou se aproxima com as coisas necessárias para alimentá-lo, e o bebê pode, então, completar a sua frase: "... uma mudança de posição, um peito, mamilo, leite, etc., etc." Temos que dizer que o bebê criou o seio, mas não poderia tê-lo feito se a mãe não

7. "Transitional Objects and Transitional Phenomena", 1951, no livro *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*, Londres, Tavistock Publications. Nova Iorque, Basic Books, 1958.

8. "Mirror-role of Mother and Family in Child Development", 1967, no livro *Playing and Reality*, Londres, Tavistock Publications, 1971.

tivesse chegado com o seio exatamente naquele momento. O que se comunica ao bebê é: "Venha para o mundo de uma forma criativa, crie o mundo; só o que você criar terá significado para você." E em seguida: "O mundo está sob o seu controle." A partir desta *experiência de onipotência inicial* o bebê é capaz de começar a experimentar a frustração, e até mesmo de chegar, um dia, ao outro extremo da onipotência, isto é, de perceber que não passa de uma partícula do universo, um universo que ali já estava antes mesmo da concepção do bebê, e que foi concebido por um pai e uma mãe que gostavam um do outro. Não é a partir da sensação de *ser Deus* que os seres humanos chegam à humildade característica da individualidade humana?

Finalmente, alguém poderia perguntar a que ponto quero chegar com toda esta conversa sobre bebês e mães. Quero dizer que *não* se trata de precisarmos dizer às mães o que devem fazer, ou como devem ser. Se não o forem, paciência: não podemos fazer com que sejam. Podemos, naturalmente, evitar interferências. É possível, porém, que haja um objetivo em nosso raciocínio. Se podemos aprender com as mães e bebês, podemos começar a aprender o que é que os pacientes esquizóides precisam de nós em seu tipo especial de transferência, no decorrer de um tratamento. Há, também, um *feedback*; a partir dos pacientes esquizóides, podemos aprender a observar as mães e os bebês, vendo mais claramente o que ali se encontra. *Essencialmente*, porém, é *a partir* das mães e dos bebês que aprendemos sobre as necessidades dos pacientes psicóticos, ou de pacientes que atravessam fases psicóticas.

É nestes primeiros estágios de comunicação entre o bebê e a mãe que esta última está assentando as bases da futura saúde mental do bebê, e no tratamento das doenças mentais defrontamo-nos, necessariamente, com os pormenores das falhas iniciais de facilitação. Descobrimos as falhas, mas (lembrem-se!) os êxitos se manifestam em termos do desenvolvimento pessoal que os recursos ambientais bem-sucedidos tornaram possível. Pois o que a mãe faz, quando o faz suficientemente bem, é facilitar os processos de desenvolvimento do bebê, tornando-lhe possível, até certo ponto, realizar o seu potencial hereditário.

Tudo o que fazemos numa psicanálise bem-sucedida é de-

satar os nós do desenvolvimento e liberar os processos evolutivos e as tendências hereditárias do paciente. Na verdade podemos, de uma forma muito curiosa, alterar o passado do paciente, de tal forma que um paciente, cujo ambiente materno não tenha sido suficientemente bom, pode transformar-se em uma pessoa que tenha tido um ambiente de facilitação suficientemente bom, e cujo desenvolvimento pessoal possa, portanto, ter ocorrido, ainda que tardiamente. Quando isso acontece, o analista obtém uma recompensa que vai muito além da simples gratidão, e que é muito semelhante ao que é obtido pelos pais quando uma criança consegue se tornar autônoma. No contexto de um segurar e manipular suficientemente bons, o novo indivíduo realiza, agora, uma parte de seu potencial. De alguma forma fomos capazes de, silenciosamente, transmitir confiabilidade, e o paciente respondeu com o desenvolvimento que, no contexto dos cuidados humanos, poderia ter ocorrido nos estágios mais iniciais.

Resta ainda considerar a seguinte questão: alguma coisa de útil pode ser dita sobre a comunicação que o bebê estabelece com a mãe? Refiro-me ainda aos estágios muito primitivos. Certamente algo acontece às pessoas quando elas se vêem confrontadas com o desamparo que supostamente caracteriza o bebê. É terrível deixar um bebê à porta de vocês, pois as suas reações ao desamparo do bebê modificam a sua vida e talvez atrapalhem os planos que tenham feito. Isto é bastante óbvio, mas precisa ser revisto no que se refere à dependência, pois embora o bebê seja indefeso num certo sentido, em outro é possível dizer que um bebê tem um enorme potencial para continuar a viver, para desenvolver-se e para realizar o seu potencial. Poderíamos quase dizer que as pessoas que cuidam de um bebê são tão desamparadas em relação ao desamparo do bebê quanto o bebê o é. Talvez haja até mesmo um confronto de desamparos.

Indo além na consideração da comunicação do bebê com a mãe, sugiro que ela seja resumida em termos de criatividade e condescendência. Sobre isso, deve-se dizer que, quando há saúde, a comunicação criativa tem prioridade sobre a condescendência. A partir de uma percepção e de uma relação criativa com o mundo, o bebê pode se tornar capaz de sujeitar-se sem perder a dignidade. Quando predomina o padrão contrário, e a sub-

missão prevalece, ocorre a doença, e se estabelece uma base muito insatisfatória para o desenvolvimento do indivíduo.

Assim, para terminar, chegamos à conclusão de que o bebê se comunica criativamente e que, no devido tempo, se torna capaz de usar o que foi por ele descoberto. Para a maior parte das pessoas, o elogio máximo é serem encontradas e úteis; creio, portanto, que estas palavras podem bem representar a comunicação entre o bebê e a mãe:

Encontro você;
Você sobrevive ao que lhe faço à medida que
a reconheço como um não-eu;
Uso você;
Esqueço-me de você;
Você, no entanto, se lembra de mim;
Estou sempre me esquecendo de você;
Perco você;
Estou triste.

1968

FONTES DOS CAPÍTULOS

1. "The Ordinary Devoted Mother". Palestra inédita para a Nursery School Association da Grã-Bretanha e da Irlanda do Norte, Divisão Londrina, 16 de fevereiro de 1966.
2. "Knowing and Learning". Programa de rádio dirigido às mães, apresentado na BBC em 1950. Publicado inicialmente em *The Child and the Family*, Londres, Tavistock Publications Ltd., 1957.
3. "Breast-feeding as Communication". Trabalho lido sem a presença de Winnicott num congresso sobre amamentação, patrocinado pela National Childbirth Trust em Londres, novembro de 1968. Partes desta conferência foram publicadas em *Maternal and Child Care*, em setembro de 1969.
4. "The Newborn and His Mother". Conferência apresentada em um simpósio sobre "Os Problemas Fisiológicos, Neurológicos e Psicológicos do Recém-nascido", em Roma, abril de 1964. Publicada inicialmente com o título "O Recém-nascido e Sua Mãe" em *Acta Pediatrica Latina*, Vol. XVII, 1964. Durante a conferência foi projetado o filme descrito na página 31.
5. "The Beginning of the Individual". Escrito em 1966, em resposta a uma carta enviada ao *London Times* pelo Dr. Fisher, na época Arcebispo de Canterbury. Inédito.
6. "Environmental Health in Infancy". Neste capítulo os organizadores fizeram uma combinação de duas versões de uma conferência apresentada em um simpósio com o mesmo título, realizado na Royal Society of Medicine, em Londres, março

de 1967. Partes desta conferência foram publicadas em *Maternal and Child Care*, janeiro de 1968.

7. "The Contribution of Psychoanalysis to Midwifery". Conferência apresentada em um curso organizado pela Association of Supervisors of Midwives, em março de 1957. Publicada inicialmente em *The Family and Individual Development*, Londres, Tavistock Publications Ltd., 1965.
8. "Dependence in Child Care". Publicado inicialmente em *Your Child*, vol. 2, 1970.
9. "Communication Between Infant and Mother, and Mother and Infant, Compared and Contrasted". Trabalho apresentado em uma série de conferências públicas sobre psicanálise, conhecidas como Winter Lectures, Marylebone, Londres, janeiro de 1968. Publicado inicialmente em *What Is Psychoanalysis?*, Londres, Baillière, Tindall & Cassell Ltd., 1968. D. W. W. escreveu algumas notas preliminares para esta conferência em novembro de 1967, que incluímos aqui pois dão ao tema uma perspectiva ligeiramente diferente.

Notas preliminares para "Communication Between Infant and Mother, and Mother and Infant, Compared and Contrasted", com data de 20 de novembro de 1967.

Insuficiência de termos de uso generalizado, como instinto materno e simbiose.
Valor limitado dos estudos feitos com animais.

A contribuição da psicanálise.
Observar a palavra inconsciente nos títulos das conferências anteriores, e sua ausência no presente título.
Motivo: não sendo conscientes, os bebês não podem ser inconscientes.

A ênfase é sobre os estágios iniciais do desenvolvimento da pessoa, que pode tornar-se consciente ou inconsciente.
Em contraste: a mãe (ou pai) tem todas as características do ser humano amadurecido.
A mãe já foi um bebê.
Ela também já brincou de pai e mãe, e teve concepções que lhe foram legadas.
O bebê nunca foi mãe, e nunca brincou de nada.

Para avançar mais, é necessário fazer uma tentativa de definição dos estágios iniciais do desenvolvimento do bebê humano.
Não há tempo suficiente para mais que uma afirmação sobre:
A continuidade do crescimento individual.
A dependência, de início quase absoluta.
A ameaça de quebra de continuidade através de reações aos distúrbios.
Os distúrbios como falhas do meio ambiente no estágio de dependência.
A libertação gradual do meio ambiente, devida ao alcance cada vez maior da capacidade do bebê de fazer prognósticos.
Exemplo extremo: O bebê se comunica através de seu desamparo e dependência.

Existe comunicação, ou não, dependendo do fato de a mãe ser ou não capaz de se identificar com o bebê e de saber o que significa a necessidade, antes que necessidades específicas se manifestem.

Isto leva a um estudo das transformações que ocorrem com a mãe (ou pai) no que diz respeito à gravidez e à paternidade.
Postular uma condição especial, temporária mas que precisa ser vivida, como no caso de uma doença. Nesta situação, a mãe é tanto o bebê quanto ela própria; ela não padece de uma ferida narcísica quando se vê esvaziada de seu papel pessoal ao identificar-se com o bebê.

Ela pode ficar aterrorizada com isto, e uma forma de ajudá-la é dizer-lhe que esta condição não vai durar mais que algumas semanas ou meses, e que ela vai se recuperar.

Sem esta condição temporária, ela é incapaz de transformar as necessidades infinitamente sutis do bebê em comunicação.

A mãe comunica-se com seu bebê através do conhecimento do que ele necessita, antes que a necessidade seja expressa através de um gesto.
A partir daí, o gesto que expressa a necessidade decorre naturalmente, e um dos pais pode ir ao encontro desta comunicação através de uma reação adequada. A partir disto surgem todos os tipos de comunicação deliberada, não apenas de necessidades, mas também de desejos. A esta altura, a mãe pode se sentir novamente livre para voltar a ser ela própria, e para frustrar. Cada um desses estados surge necessariamente a partir do anterior.

A frustração do "Eu desejo" gera a raiva. Até mesmo o insucesso na satisfação de gestos deliberados de "Eu necessito" pode resultar em angústia, e esta forma de comunicação pode ajudar a mãe a fazer o que é necessário, mesmo que um pouco tardiamente.
Por outro lado, a não-satisfação da necessidade que antecede o gesto deliberado só pode resultar na distorção do processo de desenvolvimento infantil — nada melhor que a raiva será obtido.

Deve-se notar que toda distorção do processo de desenvolvimento infantil é acompanhada por uma ansiedade inimaginável:

ser feito em pedaços
cair para sempre
fracasso total na relação objetal, etc.

Nossos casos limítrofes, que nos ensinam a compreender estas coisas, trazem consigo experiências de uma ansiedade inimaginável, que não passam de distúrbios de comunicação no estágio de dependência absoluta.

NOTA BIBLIOGRÁFICA: AS OBRAS DE D. W. WINNICOTT

Clinical Notes on Disorders of Childhood, 1931, Londres, William Heinemann Ltd.
The Child and the Family: First Relationships, 1957, Londres, Tavistock Publications Ltd.
The Child and the Outside World: Studies in Developing Relationships, 1957, Londres, Tavistock Publications Ltd.
Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis, 1958, Londres, Tavistock Publications. Nova Iorque, Basic Books, Inc., Publishers.
The Child, the Family and the Outside World, 1964, Londres, Penguin Books. Reading, Massachusetts, Addison-Wesley Publishing Co., Inc.
The Maturational Processes and the Facilitating Environment, 1965, Londres, Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. Nova Iorque, International Universities Press.
The Family and Individual Development, 1965, Londres, Tavistock Publications Ltd.
Playing and Reality, 1971, Londres, Tavistock Publications Ltd. Nova Iorque, Basic Books.
Therapeutic Consultations in Child Psychiatry, 1971, Londres, Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. Nova Iorque, Basic Books, Inc., Publishers.
The Piggle: An Account of the Psycho-Analytical Treatment of a Little Girl, 1978, Londres, Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. Nova Iorque, International Universities Press.

Deprivation and Delinquency, 1984, Londres, Tavistock Publications.
Holding and Interpretation: Fragment of an Analysis, 1986, Londres, Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
Home Is Where We Start From, 1986, Londres, Penguin Books. Nova Iorque, W. W. Norton & Company, Inc.
Babies and Their Mothers, 1987, Reading, Massachusetts, Addison-Wesley Publishing Co., Inc.
Selected Letters of D. W. Winnicott, 1987, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.

Favor devolver o livro pela última data marcada

21/08				
18/04/12				